FACULTE DE MEDECINE DE CAEN

Année 1971

N° 60

THESE POUR LE
DOCTORAT DE MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Mme Yvonne DABOSVILLE , Née MAINGUY
née le 22.3.1932 à TOULON

présentée et soutenue publiquement le 20 DEC. 1971 1971

Titre de la Thèse :

# CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE DES DEPRESSIONS NEVROTIQUES

Président : Monsieur le Professeur VILLEY

Par délibération en date du 29 Mai 1969.
La faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

## FACULTE DE MEDECINE DE CAEN

### PROFESSEURS

| | | |
|---|---|---|
| MM. | PORIN | Clinique médicale A |
| | BONNET | Clinique obstéricale |
| | FOUCAULT | Pathologie expérimentale |
| | GUIBE | Clinique chirurgicale A |
| | GUIHARD | Pédiatrie |
| | LACROIX | Clinique et pathologie chirurgicales B |
| | LEMAIRE | Physiologie |
| | LEMENAGER | Séméiologie |
| | LHIRONDEL | Clinique médicale infantile |
| | OLIVIER | Clinique médicale B |
| | PHELINE | Anatomie |
| | POULAIN | Médecine opératoire |
| | SAVINI | Pharmacologie |
| | VALLA | Médecine générale et thérapeutique |
| | VILLEY | Clinique médicale C |

### PROFFESSEURS SANS CHAIRE

| | | |
|---|---|---|
| MM. | FABRE | Physiologie |
| | POILPRE | Psychiâtrie |

### MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

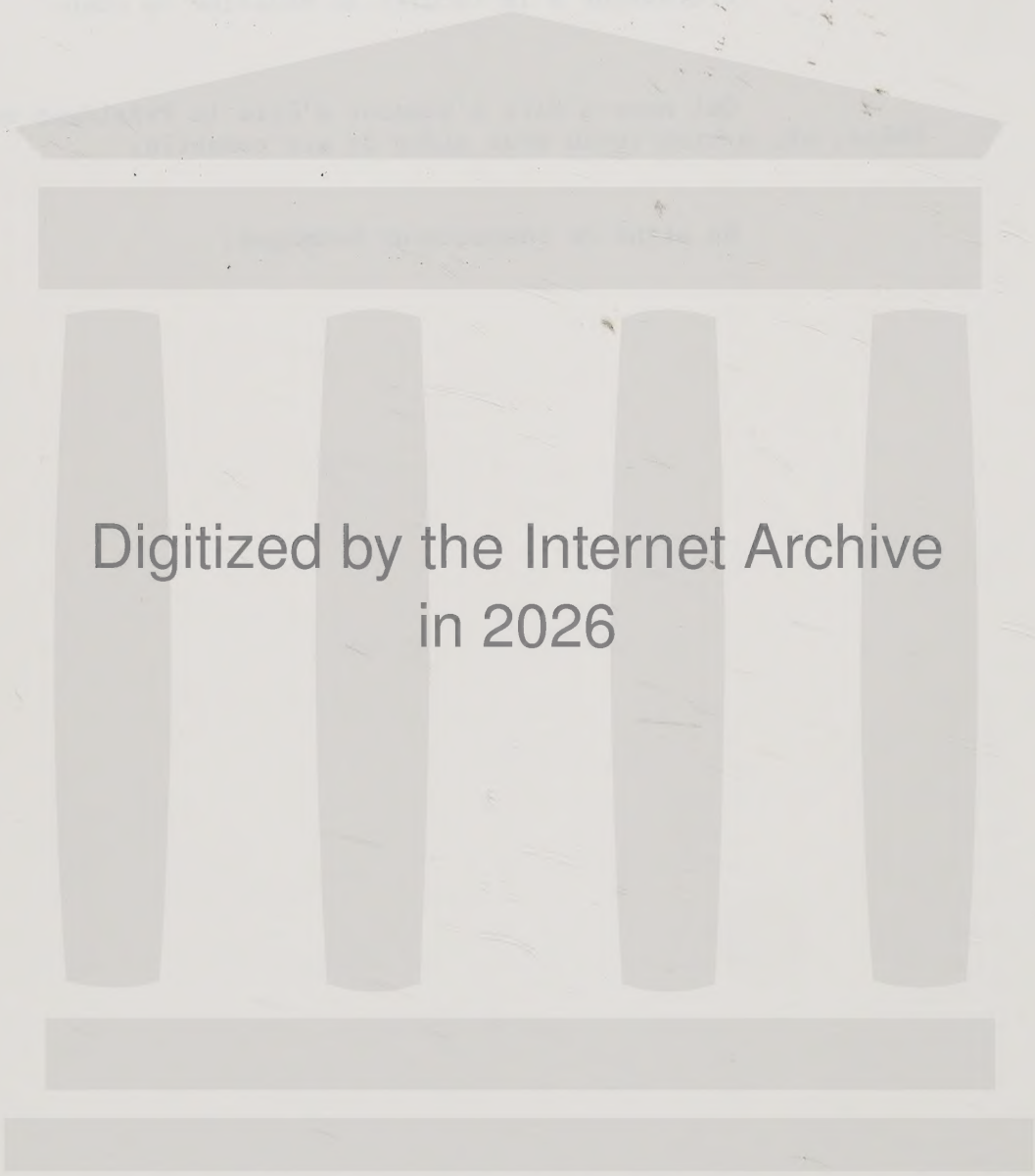
| | |
|---|---|
| BAZIN | Thérapeutique, réanimation médicale |
| BEUVE-MERY | Médecine interne |
| BRION | Psychiâtrie |
| DAVERNE | Electro-radiologie |
| DESCHAMPS | Dermatologie |
| DROSDOWSKY | Biochimie médicale |
| EVRARD | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| FERNANDEZ | Physique mécicale |
| GAUBERTI | Médecine préventive et santé publique, hygiène |
| GIGNOJX | Chirurgie générale |
| IZARD | Histologie et embryologie |
| LECHEVALIER | Neurologie |
| LEVY | Gynécologie et obstétrique |
| LOYAU | Rhumatologie |
| MOREL | Bactériologie, parasitologie, virologie |
| MORIN | Neurologie |
| MOULIN | Pharmacologie |
| QUESNEL | Anasthésiologie |
| ROUSSELOT | Anatomie pathologique |
| THERET | Histologie et embryologie |
| THOMAS | Immunologie, hématologie |
| VENEZIA | Pédiatrie |

A Monsieur le Docteur Raymond VILLEY,

Professeur à la faculté de Médecine de Caen.

Qui nous a fait l'honneur d'être le Président de cette thèse, et, a bien voulu nous aider de ses conseils.

En signe de respectueux hommages.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542709_0014

A Monsieur le Docteur Michel GUIBERT,

Médecin-Chef à la Clinique du Bon-Sauveur de Saint-Lô

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, a contribué sans compter à son élaboration en en fournissant les observations cliniques, et dont la rédaction n'aurait pas été possible s'il ne nous avait confié le résultat de ses travaux préalables.

Qu'il soit ici chaleureusement remercié.

A Messieurs les Docteurs, POILPRE

VALLA

et MOREL

qui ont bien voulu accepter d'être membres du jury.

A mon mari,

A Vincent, à Guillaume,

A Laurent.

A mes Parents,

A ma Famille,

A mes Amis,

# INTRODUCTION

Ce travail de description clinique des dépressions névrotiques a été commencé en 1964 d'après 150 observations du Service du Docteur GUIBERT au Bon Sauveur de Saint Lô.

Pour des raisons familiales, cet exposé n'a pu être terminé qu'en 1970 et entre ces deux dates, de nombreuses publications on ont été faites sur ce sujet.

Cependant, nous avons conservé les mêmes observations cliniques et le même sujet de thèse, tout en constatant qu'avec un tel retard, notre travail perdait une partie de son intérêt.

## HISTORIQUE

C'est en 1954 que naît en FRANCE véritablement la depression névrotique. Son acte de naissance c'est un symposium organisé à PARIS le 21 Novembre 1954 à la Clinique des Maladies Mentales par la Société "l'Evolution Psychiatrique" et la Société Psychanalytique de PARIS". Le résultat de ce symposium fut publié l'année suivante par l'Evolution Psychiatrique (textes de J. ROUART, de L. COURCHET , de J.MELIET, de L. LEBOVIVI et de Henry EY, textes d'ailleurs suivis d'un compte-rendu d'ouvrages récents sur les états dépressifs par P. LACAN).

Depuis lors, les dépressions névrotiques ont eu un succès rapide et considérable. Elles sont reconnues par chaque psychiatre comme étant plus fréquentes que les états mélancoliques vrais. Pourtant, les ouvrages psychiatriques classiques (Le "EY & BERNARD", le "AJURIAL" "l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale") sont très brefs dans la description de la symptomatologie clinique de ces états dépressifs.

Les publications sur le sujet sont assez nombreuses dans les revues médicales. mais la description clinique est, là encore, assez souvent sommaire ou assez "traditionnelle". Malgré la grande quantité de ces travaux, la dépression névrotique reste à l'heure actuelle un syndrome de pratique psychiatrique.

On peut être étonné de la fréquence actuelle des états dépressifs névrotiques et de l'inexistence de leur mention dans la littérature classique du XXème et de la 1ère moitié du XXème siècle. Bien sûr, on peut estimer - et personne d'ailleurs ne le nie - que les syndrômes névrotiques sont actuellement plus nombreux qu'ils ne l'étaient autrefois (et cela pour des raisons que nous n'avons pas à étudier car cela déborderait considérablement le domaine de notre thèse).

Mais il n'y a pas d'exemple qu'un syndrôme psychiatrique nouvellement décrit ne puisse pas être retrouvé sous une forme ous sous une autre dans la littérature médicale antérieure. Or, les public cations actuelles à ce sujet ne dépassent pas l'année 1954. Il est peu vraisemblable qu'il y ait eu une mutation cette année-là dans la pathologie. Avec quoi se trouvait confondue la dépression névrotique antérieurement à sa description ?

Selon toute vraisemblance, les ancêtres de la dépression névrotique doivent être trouvés dans les descriptions des états dépressifs. Mais où ?

Pour le déterminer, il faut reprendre l'historique des idées concernant les dépressions. Cette évolution des idées a traversé plusieurs étapes que l'on peut résumer schématiquement de la façon suivante :

- 1ère étape : Isolement de la mélancolie
- 2ème étape : Isolement des formes "atypiques de la mélancolie"
- 3ème étape : Isolement des syndrômes psychotiques non mélancoliques.

1ère étape : ISOLEMENT DE LA MELANCOLIE

La mélancolie est une maladie trop caractéristique, trop dramatique, trop rapidement modifiante de la psychologie antérieure du malade pour ne pas avoir été reconnue dès le début de la médecine clinique. Et c'est un fait que tous les auteurs qui ont étudié la mélancolie nous apprennent que c'est HIPPOCRATE qui a décrit la mélancolie. Dans son aphorisme VI, il dit : "Quand la crainte et la tristesse persistent longtemps, c'est un état mélancolique". C'est HIPPOCRATE qui aurait créé d'ailleurs le mot "mélancolie, nom donné parce que correspondant aux conceptions pathogéniques de l'époque.

Quoiqu'il en soit, cette conception clinique hippocratique est acceptée. Et lorsque commence la psychiatrie moderne avec ESQUIROL, la maladie est isolée.

ESQUIROL essaie cependant de mettre une plus grande rigueur dans la description de la maladie, pour cela, il en sépare ce qu'il appelle les délires partiels ( et il appelle "lypémanie" la mélancolie).

Mais après lui, la maladie reprend son nom antérieur. L'action des auteurs successifs à simplement pour but de préciser la symptomatologie, de séparer d'elle tout ce qui n'est pas encore strictement mélancolique (par exemple les états confusionnels), de préciser certains points de son évolution, par exemple son alternance éventuelle avec les accès maniaques ; son apparition à certains âges de prédilection (involution) etc...

Parmi les auteurs qui ont bien décrit la mélancolie classique citons ; KRAEPELIN .

## 2° ETAPE : ISOLEMENT DES FORMES ATYPIQUES DE LA MELANCOLIE

Les auteurs du début du XXème siècle mettent bien en évidence la symptologie inhabituelle des mélancolies symptomatiques d'un état schizophénique débutant ou l'aspect inhabituel d'une mélancolie au cours d'une évolution d'un état obsessionnel. Les discussions sur ces sujets sont plus ou moins vives selon le cas. La richesse des descriptions est plus ou moins grande. Mais de toute façon, la finesse de la sémiologie s'enrichit et il existe un consensus général sur ces sujets. Mais cette étape n'intéresse pas l'évolution des idées qui conduira à la dépression névrotique.

## 3° ETAPE : ISOLEMENT DES DEPRESSIONS NON MELANCOLIQUES

Cette troisième étape n'est isolée des autres que pour la commodité de l'exposé. Dans le temps, elle se fait de façon contemporaine des autres étapes. Il y a dans la littérature française, deux groupes d'opinions qui vont progressivement conduire à la dépression névrotique.

a) La première opinion est celle de Paul ABELY qui, en 1923, dans sa thèse étudie les terminaisons de la mélancolie. Bien sûr, imprégné des conceptions de l'époque, Paul ABELY parle vraiment de mélancolie et ce qu'il décrivait il le considérait comme d'origine franchement mélancolique. Mais il était frappé, chez ses malades, par l'aspect clinique très différent, de celui des mélancoliques dans leur phase aigue. Il suffit de se reporter à ses descriptions pour voir qu'elles correspondent bien dans certains cas à des états dépressifs névrotiques.

Il constate, par exemple, que la symptomatologie est tantôt discrète, tantôt évidente, que dans ce cas-là elle soit compatible ou non avec une vie extérieure normale. Il constate surtout que la symptomatologie est très variée : variable d'un malade à l'autre; variable d'un intervalle à l'autre.

Il constate que les malades sont "toujours un peu au-dessus ou au-dessous de la ligne normale ; trop gais ou trop tristes ; trop optimistes ou trop déprimés". il signale que les malades deviennent égoïstes que leur irritabilité est un des traits essentiels de leur caractère ; que leur activité est tantôt exagérée, tantôt insuffisante ; que leur travail manque, dans tous les cas, de persévérance et de continuité. Il note aussi que les impulsions sont fréquentes avec des actes de violence, des outrages la fréquence des divorces. Les fonctions intellectuelles sont touchées mais de façon variable, tantôt exaltées, tantôt ralenties. Il note la prépondérance de l'affectivité sur le raisonnement et le jugement.

Mais pendant que la symptomatologie prend cette allure chronique d'aspect "névrotique", les symptômes franchement mélancoliques tels qu'ils avaient pu être constatés dans les phases aigues diminuent, s'atténuent.

Cette description des terminaisons de la mélancolie a marqué une époque. Elle fut d'autant mieux acceptée que non seulement la description correspondait à une réalité indiscutable mais que chacun avait la possibilité d'observer cette symptomatologie en grande abondance étant donné l'impossibilité à peu près totale d'avoir une action thérapeutique chez un malade déprimé quelle que soit sa symptomatologie initiale.

Mais pour ABELY, cette symptomatologie est liée à la mélancolie, même si actuellement en reprenant ses descriptions nous constatons l'aspect névrotique des troubles présentés par ces malades.

b) Toute différente en apparence est la description clinique qui conduit aux conceptions de MONTASSUT sur la "dépression constitutionnelle".

MONTASSUT a derrière lui les travaux d'un grand nombre d'auteurs Il s'agit des travaux des auteurs ayant étudié la neurasthénie.
Cette neurasthénie - décrite par l'américain BEARD - a vu, à l'époque, une vogue extraordinaire dont témoigne le passage du mot neurasthénie dans le langage courant du grand public et sa persistance même à l'heure actuelle.

De nombreux auteurs avaient étudié la symptomatologie de cette neurasthénie. Ces auteurs étaient initialement américains, puis anglais, puis ensuite de diverses nationalités, dont des français.

Cette neurasthénie fut reconnue par tous comme une réalité clinique indiscutable. Pourtant, en FRANCE, la place de cette "maladie" fut difficile à trouver. Dans les ouvrages classiques, tel que dans l'ouvrage de Gilbert BALLET le chapitre consacré à la neurasthénie semble gêner les auteurs. C'est manifestement pour cela qu'après une phase de faveur, la maladie tombe progressivement chez nous en désuétude, et si elle n'est pas oubliée, elle cesse de faire partie des diagnostics courants. Lorsque MONTASSUT, en 1938, écrit son ouvrage sur la dépression constitutionnelle, et décrit la symptomatologie de cette neurasthénie devenue chronique, il éxécute en quelque sorte le chant du cygne de cette affection.

Après lui, cette conception est progressivement abandonnée. Il est vrai que sa conception très organiciste de la maladie tombe mal. Elle est exprimée dans une grande rigueur de pensée à une époque où au contraire, la tendance est à une plus grande psychogénèse des troubles mentaux.

Mais, si la neurasthénie est totalement oubliée, du moins en FRANCE, la maladie ne disparaît pas pour autant. Et il faut bien reconnaître que la description des différentes formes de neurasthénie faite par MONTASSUT correspond tout à fait à la description clinique des dépressions névrotiques actuelles. La seule différence porte sur l'enrichissement de la symptomatologie sous l'influence de la psychanalyse qui insiste beaucoup sur les facteurs déclenchants, sur certains traits spécifiques du caractère des sujets, - ce que ne faisaient pas leur auteurs précédents qui insistaient, eux, beaucoup plus sur les différents troubles hypocondriaques et sur les troubles organo-fonctionnels dont se plaignaient les malades.

Mais en quelque sorte, si la dépression névrotique n'a pas d'ancêtre en ce sens que l'expression est nouvelle en 1954 dans la littérature française, il n'en semble pas moins indiscutable que cette dépression névrotique n'est qu'une forme nouvelle "revue et corrigée" de la neurasthénie. C'est une dépression réactionnelle survenant le plus souvent sur un fond caractériel névrotique.

## AGE

Nos 150 malades se répartissent par tranches d'âge de la façon suivante :

- Moins de 25 ans : 33 malades
- de 25 à 50 ans : 106 malades
- Plus de 50 ans : 11 malades

Comme ces chiffres l'indiquent clairement, la dépression névrotique est une maladie de l'adulte. Quand l'âge avance, les risques de présenter une dépression névrotique diminuent puisque 2 de nos 150 malades avaient plus de 60 ans et qu'aucune n'avait plus de 65 ans.

Il est intéressant de noter cette disparition de la dépression névrotique avec l'âge puisque l'on sait que dans la vieillesse les dépressions sont fréquentes.

De même lorsque l'on descend vers de âges de plus en plus jeunes, le nombre des dépressions diminue. L'expérience montre d'ailleurs que la symptomatologie caractéristique n'apparaît vraiment que vers l'âge de 14 ou 15 ans.

## ETAT CIVIL

L'état civil de nos malades révèle :

- 139 femmes pour seulement 11 hommes
- et 19 célibataires pour 131 mariés dont 7 veufs ou divorcés.

Ce sont donc les femmes mariées qui font le plus souvent des dépressions névrotiques ; la proportion est en effet de 13 femmes pour 1 homme.

La grande proportion de malades mariès tient au fait que la dépression névrotique est, comme nous venons de le noter, une maladie de l'adulte.

## SITUATION SOCIALE

Nous avons noté la répartition suivante :

- 25 ouvriers
- 32 fonctionnaires, cadres
- 19 agriculteurs, commerçants
- 10 professions libérales
- 64 sans profession

Toutes les professions semblent touchées.

Il y a un gros pourcentage de "sans profession" (presque la moitié des cas) ; cela tient sans doute au grand nombre de femmes mariées parmi nos malades.

## ANCIENNETE DE LA MALADIE

La maladie s'était manifestée d'après les malades :

- depuis moins de 6 mois : 49 cas
- depuis 6 à 12 mois : 25 cas
- depuis plus de 12 mois : 69 cas
- la durée n'a pu être précisée dans 7 cas.

Les 150 cas ont entrainé :

- l'hospitalisation 47 fois
- il n'y a donc pas eu d'hospitalisation 103 fois.

# I L'ANGOISSE ET LES PHOBIES

## I - L'ANGOISSE

L'Angoisse est le symptôme qui amène le plus souvent le malade à consulter (53 fois sur 150)

D'ailleurs elle est particulièrement fréquente, constante même elle va de la simple inquiètude, dont le sujet reconnaît le caractère excessif, à la grande crise d'angoisse, avec impression de mort imminente qui cloue le sujet sur place et qui souvent s'accompagne d'une crise.

Souvent la cause en est futile, le retard des enfants fait craindre une catastrophe ou un enlèvement ; la consultation médicale fait craindre de ne pas bien savoir raconter son histoire : la visite des amis entraîne la peur que la conversation ne se mette à tomber !

Cette angoisse rend la vie difficile; le sujet est toujours sur le qui-vive; tout ce qui sort de l'ordinaire accroît l'angoisse; conduire une voiture donne des spasmes, rencontrer un ami provoque des palpitations.

A l'extrême le malade n'ose plus rien faire :
"Je n'ose plus me lever, j'ai peur de la solitude, j'ai même un malaise quand je suis seule, j'ai des vertiges, j'ai peur de tout; je ne descends plus dans la rue, je suis obsédée par l'idée de mourir; je me sens mal quand je lis le mot "mort" ou "accident" ou seulement quand on parle de mort même dans des chansons burlesques".

L'angoisse n'est pas toujours aussi diffuse. Elle se manifeste parfois sous forme d'une douleur, mais dont l'intensité varie selon les évènements de l'existence quotidienne.

La douleur laryngée est une manifestation d'angoisse signalée 96 fois, c'est donc un signe très fréquent ( 2 fois sur 3 !).

Il s'agit d'un spasme, d'une striction laryngée ;
"J'ai comme une boule dans la gorge, je suis serrée à la gorge".

Elle peut se manifester seulement la nuit, ou seulement au moment des règles. Mais souvent elle est continue avec des paroxysmes; elle est parfois si constante qu'elle conduit à consulter l'ORL et non le psychiatre !

L'oppression thoracique accompagne souvent cette douleur laryngée. On la retrouve dans la demie des observations (68 fois).
"J'etouffe, j'ai soif d'air, j'ai l'impression que ma respiration va s'arrêter, il me faut enlever des vêtements et prendre l'air ; couchée j'étouffe et mon coeur tremble".
Cette soif d'air est fréquente et fait abandonner la cravate, le chemisier ou col formé et parfois la ceinture du pantalon.

Assez souvent l'angoisse thoracique se localise en avant du coeur. les malades parlent de "spasmes au coeur"; de"point au coeur". Même si la symptomatologie est évocatrice pour le malade d'une origine anxieuse, il n'hésite pas le plus souvent à demander l'avis du cardiologue.

La douleur épigastrique, autre phénomène d'angoisse est retrouvée 92 fois, seule ou le plus souvent associé à la douleur laryngée (69 fois) ou à l'opression respiratoire ( 50 fois).

Il s'agit le plus souvent d'une si ple gêne ou douleur épigastrique, mais souvent d'une véritable barre, d'un poids fort lourd sur l'estomac, ou de boule dans le ventre.

Cette douleur épigastrique s'accroît lors des soucis ou lors des contrariétés. Mais même dans ce cas, elle persiste entre les paroxysmes. Et les malades ont l'impression que la nourriture la calme car elle revêt volontiers la forme d'un fringale douloureuse.

C'est de toutes les localisations de l'angoisse, celle dont les malades reconnaissent le moins la nature, qui est le plus souvent prise pour une douleur d'origine digestive et qui va entraîner des examens radiologiques à répétition, car la négativité de leur résultat ne diminue en rien la conviction de l'atteinte organique.

Cette angoisse épigastrique peut être fixée dans sa localisation. Elle donne parfois l'impression au malade de "monter" de gagner la poitrine, puis la gorge, entraînant une gêne respiratoire.
C'est parfois le signe annonciateur d'une crise de nerfs.

Cette somatisation de l'angoisse revêt quelquefois des formes tout à fait inhabituelles et parfois très aberrantes. Dans un nombre non négligeable de cas, le malade a l'impression d'une striction au niveau des extrémités, en particulier au niveau des poignets ou au niveau des chevilles. Dans un petit nombre de cas, cette angoisse donne l'impression d'avoir "le fonddu nez bouché". Le malade fait bien la différence avec l'enchifrènement banal. Mais cette angoisse en profondeur à la racine du nez est très pénible.

Toujours dans le même ordre de symptômes, il faut signaler également l'angoisse sous forme de "tête serrée", de "tête contractée". Il s'agit là d'une sensation bien différente des céphalées ou des impressions de tête creuse ou de tête lourde qui peuvent d'ailleurs coexister et que connaissent bien les malades.

2 L'Agoraphobie

Souvent l'angoisse au lieu d'être diffuse comme précédemment, se précise et prend une forme phobique. L'agoraphobie (ou astasie dans certaines descriptions) est un signe majeur dans ce tableau des dépressions névrotiques. Elle se retrouve dans IOI Observations; c'est à dire 2 fois sur 3; malgré cette grande fréquence; elle n'amène à consulter que 5 fois.

Bienssouvent, cette agoraphobie n'apparait quelorsque le malade sort de chez lui, c'est l'agoraphobie véritable au sens ethymologique et sémeiologique habituel du mot : "Je ne sors plus, je ne peux p plus aller en ville; je ne me sens pas bien dès que je suis dans la rue". "Sortir me rend malade de partout, j'aurais besoin d'une chaise pour m'asseoir". Traverser les rue devient pénible.

Les malades ont peur de tomber; leur jambes se dérobent; ils ont l'impression de marcher de façon anormale, ébrieuse, comme un automate. Ils ont l'impression qu'on les regarde marcher, qu'on remarque leur gêne; et cette conviction augmente l'angoisse et accroit l'agoraphobie. Sortir pour des courses indispensables nécessite un effort héroïque : "Je ne peux plus aller au cinéma, j'attends une demie heure avant d'aller chercher mon courrier à la poste". Je n'ose traverser un passage clouté, je me trouve ridicule."

Alors ils inventent des "trucs" pour faciliter leurs déplacements : "je suis heureuse d'avoir le landeau pour me donner une contenance." "Je marche mal sur les trottoirs, alors je longe les moeurs."

Certains ne sortent qu'après avoir vérifié que la rue est vide.

Parfois cela s'arrange avec la présence d'une personne, du mari; mais souvent cela ne modifie pas durablement la situation, car le mari ou la famille se lassent lorsque la maladie se prolonge. De toute façon, le colis, le parapluis, le journal tenus à la main sont insuffi-

sants et jamais utilisés par nos malades.

Cette agoraphobie s'accompagne de signes désagréables : "Je suis étourdie, j'ai la tête dans le brouillard; quand je suis dehors j'ai des vertiges, j'ai la tête saoule et a demi-idiote.

Celle ci sent qu'elle se refroidit dans les bras et les jambes, et cette autre se sent paralysée de tout le côté droit qui est gourd quand elle se trouve en pleine rue; telle autre éprouve des sueurs soudaines dès qu'elle se trouve dans la rue seule.

Quelques unes des malades en arrivent à faire une crise de nerfs s'il faut sortir. Parfois la difficulté à tenir debout n'apparait que dans un grand magasin, dans une banque, dans l'église, surtout lors des messes d'enterrement, dans le métro.

On ne peut plus parler d'agoraphobie, mais parler d'astasie abasie donne au symptôme une allure neurologique qu'il n'a pas; fait oublier son caractérephobique. Parler de claustrophobie ne convient pas non plus car il ne s'agit pas exactement de la peur d'être dans un espace clos.

On pourrait parler "d'astaso-abasophobie" laquelle est associée de façon quasi constante à l'agoraphobie vraie. L'une et l'autre de ces phobies compliquent plus ou moins sérieusement l'existence des malades pour q i la vie courante devient obligation d'effort permanent.

Mais l'agoraphobie et les phobies dela station debout ne sont pas les seules à se rencontrer. Certes les autres phobies sont moins fréquentes ( 20 contre IOI) et le plus souvent ( I6 cas) associés à l'agoraphobie.

3 Les Phobies

Elles inquiètent davantage le malade puisqu'elle amènent presque aussi souvent à consulter, alors qu'elles sont 5 fois moins nombreuses (4 causes de consultation).

C'est souvent la peur de faire du mal à ses enfant, ("Je ne m'occupe plus de mon fils de peur de le frapper"), voire même de les tuer.

Ces thèmes de phobies d'impulsion à l'encontre des enfants ne se rencontrent pas seulement dans les dépressions névrotiques d'origine puerpérale; mais aussi dans celles n'ayant aucune cause puerpérale. Il faut noter qu'alors existe dans ces cas, un conflit avec le mari (et cela dans toutes nos observations).

Parfois la phobie se déplace sur l'objet qui pourrait servir à l'agression; par exemple : peur des ciseaux, des couteaux; "J'ai peur de faire du mal avec des couteaux, comme les algériens" (nos observations datent d'une époque ou la guerre d'algérie n'était pas encore terminée). D'autres ont la peur de la mort, soit de la mort elle même, soit du mot mort, mais souvent, c'est de la maladie que les malades ont bien souvent peur "c'est la phobie du cancer, d'une tumeur cérébrale, d'un cancer de l'estomac, de la leucémie, d'une maladie cardiaque, peur de contaminer ses enfants (tuberculose).

Parmi toutes les phobies de maladies, les phobies "de la folie sont les plus fréquentes;"j'ai peur de devenir folle; de perdre la boule, d'aller à Pontorson !!... Mais qu'est la folie que craignent ces malades? Il est curieux de constater qu'elles se sentent incapables de l'expliquer. La folie est crainte, mais elle est ignorée. Quand on obtient quelques explications la folie, cela, n'est pas crier, s'agiter, délirer, c'est simplement faire des choses interdites, parfois délictueuses mais sans autres éclaircissements.

## II - LA TRISTESSE

I La Tristesse et les suicides

La tristesse est fréquente (129 fois signalées sur 150 cas). Elle est la deuxième grande cause qui conduit à consulter ( 43 fois).

Elle se traduit extérieurement par des pleurs : "je pleure pour un rien, je pleure quand je suis seule" dit une de nos malades. Une autre pleure si on lui demande comment elle va. Souvent les malades sont devenues plus susceptibles, plus sensibles et tout est cause de larmes ; ils pleurent en écoutant le journal parlé; si on complimente quelqu'un.

"Si un voisin a des fleurs que je n'ai pas je suis contrariée et je pleure", dit une autre malade.

Assez souvent les larmes se font fréquentes le soir lorsque la malade est dans son lit, avant de s'endormir ou la nuit lorsqu'elle se réveille. Certaines (car ce sont les femmes qui pleurent avec une telle abondance) pleurent la nuit entière. Ces larmes accompagnent parfois l'angoisse et la panique et constituent, comme nous le verrons, un des éléments constitutifs de certaines crises de nerfs.

Ces larmes si fréquentes,se reproduiront facilement a un moment donné de l'examen. Dans un petit nombre de cas, certaines malades pleurent du début à la fin de l'examen; mais c'est rare. Sensibles à l'ambiance créée par l'interrogateur les pleurs se calment assez rapidement et permettent une conversation utile, quitte à se reproduire un peu plus tard lorsqu'est abordé un autre sujet sensible.

Cette propension aux larmes, si fréquente, est remarquée par les malades. Mais ils expliquent mal les raisons qui les poussent a ainsi à pleurer. Ils constatent simplement leur tristesse diffuse est devenue habituelle quoique non permanente. Le plus souvent, ils emploient le mot"cafard" pour désigner cette tendance particulière de leur humeur "Je vois tout en noir; j'ai mauvais moral; je suis bien malheureuse,"

dit une de ces malades. "J'ai le cafard, je n'ai envie de rien; la vie me dégoute et tout me fait pleurer" dit une autre.

"Je grossis mes difficultés, tout prend des proportions épouvantables : changer de bas le matin est devenu une chose effrayante "Je ne pense toujours à des choses tristes, je me complais dans des pensées morbides; je remue mon passé, ce que j'aurai dû faire ou ne pas faire".

"Je pense à la guerre, à la mort, à la vieillesse, toujours mais surtout la nuit; je pense à ce qui va se passer plus tard, car je me sens incapable de faire face à l'avance.

Ce malade déprimé qui ressasse ses soucis, ses malheurs, c'est bien là une rumination triste; un mentisme pénible. Mais ce mentisme est parfaitement reconnu comme pathologique, même lorsqu'il est accepté, voire choyé. Il suffit de peu de chose ( une visite, l'obligation d'une activité, une distraction) pour qu'il cesse. Il n'inhibe pas; comme la douleur morale du mélancolique, toute l'activité physique ou intellectuelle du malade.

La tristesse et la délectation morose du déprimé névrotique s'accompagne d'une conviction d'impuissance, d'un sentiment d'échec inévitable, d'un sentiment de découragement. Ces sentiments de découragement constituent un symptome évoqué très souvent (106 fois) : "Tout lui coute il n'en sortira pas, n'a envie de rien".

Cette impression d'être devenu incapable concerne même de bienpetites choses : "faire sa toilette est pénible et le malade affirme qu'elle a tout raté, qu'elle a échouée dans la vie. Tel autre se sent impuissant devant le travail, et tel autre soupire". Il faut encore vivre une journée". Mais le suicide est un "acte courageux" et certains malades admirent ceux qui se suicident car ils ont été au moins capables de quelque chose.

Tels sont les plus fréquents des propos traduisant ce découragement et qui figurent parmi les trois premiers symptômes amenant à consulter.

## 2 - Le dégoût du travail

Cette impuissance devant la vie, devant la journée qui s'annonce, devant le repas à prendre, devant la toilette à faire, devant les bas à enfiler, existe, bien sûr, devant le travail à faire. Le travail professionnel ou ménager coûte beaucoup.

Ce dégoût du travail est un signe important, puisqu'il est retrouvé 76 fois, c'est à dire I fois sur 2, et que IO fois il a motivé la consultation.

Les femmes ont le dégoût de leurs taches ménagères : "Je ne veux plus faire la cuisine".

Les hommes et celles des femmes qui travaillent à un métier ont en horreur leur profession. Ils sont impuissants et épuisés à l'avance à l'idée du travail à faire. Ils n'en ont plus le désir. Ils n'ont plus la disponibilité intellectuelle nécessaire. Ils sont fatigués. Ils s'endorment sur leur travail. Tels sont les principaux arguments indiqués pour expliquer ce dégoût du travail.

Ce dégoût du travail, évidemment, va de pair avec le dégoût de l'existence devenue trop compliquée et trop profonde.

3 Idées de suicide

Aussi les idées de suicide sont fréquentes. On les rencontre I fois sur 4 (35 fois).

Tous les moyens sont évoqués : l'idées de se noyer ou parfois de se jeter par la fenêtre est fréquente, même chez les femmes. Mais le moyen le plus souvent imaginé est l'absorption de médicaments. Cependant, le gaz l'accident d'automobile provoqué, ne sont pas oubliés.

L'idée de suicide est présentée souvent comme la conclusion logique d'une tristesse et d'un découragement qui otent tout espoir à la vie. Dans q elques cas, elle est présentée comme la seule preuve qui reste au malade pour démontrer la gravité de sa maladie que la famille ou l'entourage ne veut pas reconnaitre.

Mais le plus souvent, l'idée de suicide s'impose de façon phobique au malade. Il s'agit alors d'une phobie d'impulsion au suicide . La peur d'être poussé malgré lui, par la maladie, à se faire du mal. Cette forme phobique le pousse alors volontiers à consulter d'autant plus que les idées de suicide existent avec d'autres phobies pénibles.

Pour lutter contre ces idées de suicide, le malade essaie de songer à sa famille, à ses enfants. Parfois, il se raccroche à la religion Mais il éprouve ces barrières contre le passage à l'acte bien fragiles. Heureusement qu'il y a surtout pour le retenir l'obscure crainte de la mort. Même cela n'est pas tojours suffisant sur nos 39 malades avouant des idées de suicide, 8 avaient fait une tentative réelle.

4 Tentative de suicide

En fait, les tentatives de suicide sont plus nombreuses puisqu'elles sont retrouvées 16 fois dans nos observations, dont 8 fois chez des malades affirmant n'avoir pas eu antérieurement d'idées de suicide. Dans ces cas, ces tentative impulsives se produisent souvent apres une dispute avec le mari, les enfants, la famille, l'entourage.

Il s'agit le plus souvent d'intoxication par les barbituriques, les antidépresseurs ou les neuroleptiques (13 fois. Une fois, il s'agit d'une défenestration une fois d'une tentative de strangulation avec un mouchoir ; une fois d'une asphyxie par le gaz.)

Retrouvée donc plus d'1 fois sur 10, cela est un élément non négligeable dans ces formes de dépression en apparence mineure.

Par définition toutes nos tentatives de suicide se sont soldées par un échec. Cela ne prouve pas que certaines tentatives ne réussissent pas. L'expérience le montre d'ailleurs. Mais les malades ayant fait de des tentatives de suicide réussies ne sont pas venus nous consulter, et pour cause. De ce fait, nous ne pouvons pas savoir dans quelle proportion une tentative de suicide réussissait. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que sur nos 150 malades, après six ans de recul, pour les plus récentes de nos observations, aucun n'est actuellement mort par suicide.

Citer ce chiffre c'est poser le problème de la "sincérité" dela tentative de suicide. Il faut bien reconnaitre que certaines tentatives semblent puériles ou semblent faites avec le désir bien évident de s'en sortir, tels ces malades qui n'absorbent que quelques comprimés, ou ceux qui préviennent quelqu'un aussitôt l'absorption faite, voire même, comme dans un cas, essaie de se faire vomir en attendant l'arrivée du secours.

Cependant s'il existe des tentatives de suicide ayant une signification revendicatrice et utilitaire, il faut bien reconnaître que primitivement la tentative de suicide traduit le désarroi du malade devant et la vie, et sa maladie. Dans tous les cas -même lorsque le malade n'a pas réellement envie de mourir mais simplement envie, comme souvent le signalent les femmes, de dormir pendant longtemps pour oublier - la tentative de suicide est faite en toute connaissance de cause. Elle est toujours un signe traduisant la gravité de la maladie, l'intensité des symptômes et toujours un appel au secours soit à l'entourage, soit au médecin.

Que l'exécution de cette tentative de suicide soit faite en connaissance de cause ne veut pas dire que le suicide soit exécuté lors d'un paroxysme de la maladie. Ce paroxisme est quelquefois réactionnel à des difficultés avec l'entourage. Mais elle est souvent faite sous l'influence d'une exacerbation de la maladie et à leur réveil, les malades reconnaissent qu'ils n'étaient "pas eux mêmes", qu'ils ne savaient pas très bien ce qu'ils faisaient, qu'ils agissaient comme "dans un rêve", comme des automates. Il y a à ce moment là une certaine diminution de la conscience dont il ne semble pas possible de nier la réalité. D'ailleurs la variation d'intensité de la maladie d'un moment à l'autre et pour une raison ou pour une autre, est, comme nous le verrons, un des autres points caractéristiques de la maladie.

5 Regrets

Cette tristesse, ce découragement, cette angoisse qui rendent la vie des malades pénible, font regretter le passé. Et ce regret du passé est suffisamment marqué pour avoir été signalé 27 fois par nos malades.

Parfois, il s'agit d'un simple regret global du passé. Mais le plus souvent, le regret concerne tel ou tel acte de la vie, qui est considéré comme aggravant l'état : "Si j'avais su ?... je n'aurais pas."

Assez souvent c'est le mariage qui est regretté;Parfois, le regret porte non sur des actes supposés aggravant, mais sur des actes considérés comme la conséquence de la maladie, mais actes que le malade n'est pas fier d'avoir commis, regrets de ne pas avoir été plus patient avec les enfants, le mari, la femme, regret de la tentative de suicide.

Nous avons même une observation où le malade ayant eu de nombreuses liaisons successives, le regrettait au point d'aller se confesser aussitôt après chacune d'elle et les regrettait ensuite encore tant, qu'elle était venue voir le psychiatre pour s'en expliquer et avoir son avis !

## III LE TEMPERAMENT EMOTIONNEL DANS LE COMA

### I Hyper Emotivité.

L'hyperémotivité est retrouvé dans 9I cas.

"Je suis émotive, d'une sensibilité exagérée", "je sursaute au moindre bruit et je crie parfois à cette occasion", dit une malade". Une autre, en voiture, crie à chaque fois qu'elle va croiser ou doubler un piéton.

Cette hyperémotivité est souvent à la base des crises de larmes : celle-ci a pleuré à la mort du Président Kennedy, et une autre pleure quand on lui fait plaisir, Une autre encore ne peut pas entendre parler de personnes qui présente des crises de "folie".

Certaines ont des crises de larmes en recevant une lettre, car il faudra répondre, ou parce qu'elle peut contenir de mauvaises nouvelles.

L'hyperémotivité accroit l'agorophobie : "quand on me regarde je ne peux plus marcher". Cette hyperémotivité s'accompagne parfois de troubles vaso-moteurs (une malade n'ose plus pour cela parler à ses collègues) parfois de palpitations : j'ai des palpitations pendant un quart d'heure quand on frappe".

A cause de cette hyperémotivité qui accroit l'angoisse ou la fait réapparaitre quand elle s'était estompée,et qui, de ce fait rend la vie plus pénible, certains malades organisent un mode de vie très particulier, supprimant de leur existence tout ce qui pourrait entrainer une émotion : la lecture des journaux, des livres,l'écoute de la radio, la visite des amis ou de la famille etc....

2 Indifférence

Cette hyperémotivité, cette sensibilité extrême aux évènements extérieurs, cette "sensiblerie" comme disent les malades, est habituelle. L'anesthésie effective et l'indifférence sont au contraire exceptionnelles. On ne les retrouve seulement que dans trois observations.

"Je me sens indifférente à l'égard d'évènement qui me paraissaient insurmontables il y a quelque temps" dit une de nos malades. Une autre autre va plus loin et affirme qu'une mort ne la toucherait pas, que tout l'indiffère.

En fait cette indifférence n'est que passagère. Elle alterne avec des phases d'hyperémotivité et de sensibilité extrême. Mais elle est le témoignage de l'importante modification que les malades ressentent sous l'effet de leur maladie. Leur état seul les intéresse et le monde extérieur ne les intéresse que pour autant qu'il a des répercussions sur eux. En outre, leurs fonctions psychiques leur paraissent modifiées. De même qu'ils ont de la peine à se concentrer, à faire un effort intellectuel prolongé, de même ils ont l'impression que leur affectivité est émoussée, fonctionne à contre-temps.

3 - Isolement

Les malades éprouvent pénibleme nt leur modification, se montrant sensible à tout leur environnement, recherchent parfois dans l'isolement une solution à leur réaction exagérées. Et cet isolement n'est pas exceptionnel : "Je cherche la solitude", "je reste seule, je ne veux veux plus voir d'amis, je ne veux plus recevoir". J'ai envie de me replier sur moi-même".

Ce sont des expressions qu'on retrouve dans 20 observations

Cet isolement est plus ou poins rigoureux. mais presque toujours tout ce qui n'est pas indispensable est abandonné. Mais cet abandon des distractions, des sorties, des réception, des informations est péniblement ressenti par l'entourage immédiat, c'est là alors l'occasion de dispute ou de reproches, de telle sorte que l'isolement n'apporte pas la solution idéale recherchée par le malade.

4 Les Troubles Caractériels

Les troubles caractériels constituent un autre signe majeur puisqu'il est retrouvé dans II7 observations. En outre c'est un signe qui amène assez souvent à consulter (I5 fois) ; mais beaucoup moins fréquemment cependant que dans les dépressions infantiles ou c'est de loin le signe majeur.

Les malades deviennent d'une grande susceptibilité. Ils se vexent facilement, se mettent à bouder. "On ne peut rien me dire, je ne supporte rien de désagréable, ni même aucune remarque banale".

Le caractère devient difficile, les colères sont brèves, mais explosives, souvent elles se prolongent, le malade n'acceptant aucune explication, aucun raisonnement, voulant avoir raison sur toute chose, de A à Z, et surtout avoir le dernier mot. La colère ne va pas calmer le malade, mais le laisser mécontent, et surtout avec une angoisse accrue. Parfois, cette angoisse après la colère devient telle, qu'il est opressé, a l'impression de manquer d'air et des crises de nerfs vont se produire.

Le plus souvent, la colère reste malgré tout, d'intensité moyenne. Parfois dans un petit nombre de cas, cependant, elles prennent une forme plus violente : "Je me mets dans des colères soudaines et pour des choses insignifiantes,renversant et cassant tout" dit une malade. "Je dirais n'importe quoi à n'importe qui, et ne me maitrise plus " reconnait une autre.

Le caractère devient difficile et encore plus chez les malades femmes que chez les hommes; Elles deviennent exigeantes, excessives, autoritaires. Tout doit se dérouler non pas comme cela se doit, mais comme elles le voudraient et comme elles le prévoient. Leurs désirs même les plus minimes doivent être exécutés immédiatement, exactement de la façon qu'elles

l'envisagent. L'entourage, surtout l'entourage familial, doit leur manifester attention, égard, et affection à tous les instants - mais l'excès ou le contre temps seront aussi mal accueillis que l'absence - l'égocentrisme devient le trait essentiel du caractère. L'entourage parle rapidement d'égoïsme d'autant plus volontiers car les compliments concernant autrui ou les réussites d'autrui sont considérées par les malades comme un manque personnel à leur égard, parfois comme un reproche détourné et seront l'occasion de colères.

Cependant qu'un autre malade "enverrait tout à la figure de celui qui l'aurait contredit" C'est parfois à l'occasion d'une telle colère que sont exécutées certaines tentatives de suicides impulsives. La colère apaisée, voire la crise de nerf terminée, le calme ne se rétablit pas pour autant. Le malade reste de mauvaise humeur, conserve son hostilité agressive. Certains demeurent tendus, prêts à recommencer pour une futilité : "j'ai les nerfs à fleur de peau. Je me sens nerveuse, comme si çà vibrait".

Les victimes de ces colères sont rarement les chefs hiérarchiques. Les colères sont en effet rares sur le lieu du travail. Si elles se produisent, ce sont les collègues qui en sont l'objet, quelquefois le contremaître. Le "grand patron" en est, en général, à l'abri, sauf exception. Par contre tous les intermédiaires doivent se taire. Si non c'est une réponse facile et blessante. Et si la direction vient à sanctionner cette façon de faire, un recours au médecin traitant d'abord, puis au psychiatre, est souvent une façon pour essayer de faire rentrer les choses dans l'ordre.

La famille est au premier rang pour être la victime de ces troubles caractériels. Dans la famille, personne n'est à l'abri. Cela peut être des scènes lors d'une réunion familiale. Certains malades semblent même rechercher l'effet de scandale. On profitera d'un jour de communion

d'un enfant, d'un anniversaire, pour dire à cjacun ce que l'on pense de lui. Le grand âge ne met pas à l'abri des hostilités. Et une malade nous signalait qu'elle ne pouvait plus rien supporter de sa mère pourtant âgée de quatre-vingts ans passés.

Mais les plus touchés sont le mari et les enfants. Les enfants ne doivent plus rien faire sortant de l'ordinaire. Ils doivent être impeccables dans leur tenue et disciplinés. Ils doivent obéir à la minute pour ne pas dire à la seconde même. Ils doivent être parfaits en toutes choses. Ils doivent se taire le plus souvent, manger correctement et en quantité suffisa estimée satisfaisante. Les gifles et les fessées deviennent plus fréquentes. Les réprimandes sont abondantes et ne se calment que lorsque les larmes se font trop chaudes, quoique dans un petit nombre de cas les pleurs de l'enfant font redoubler l'agressivité verbale. Les enfants sont les plus exposés à subir les conséquences des dépressions de leurs parents : père ou mère. Comme ils sont les seuls à ne pas pouvoir répondre ou témoigner leur propre mécontentement, ils constituent souvent les souffre-douleurs tout désignés. Devant le médecin, les malades le reconnaissent volontiers : "Je suis énervée contre mes enfants. Ils ramassent pour tout le monde".

Comme la dépression névrotique est le plus souvent une maladie féminine, c'est le mari qui, après les enfants, est le plus souvent l'objet des hostitilités de sa femme. Il ne peut pas échapper, quoiqu'il fasse, à la colère et à la mauvaise humeur de sa femme.

Mais comment réagira cet entourage familial ? Les pères et les mères, lorsqu'ils vivent à l'intérieur de la maison du déprimé névrotique ou lorsqu'ils vivent dans l'entourage immédiat, acceptent assez volontiers les troubles caractériels. Pour eux, cela fait partie véritablement de la maladie. Ils acceptent les colères comme on accepte une pluie battante un jour d'orage.

Le mari (ou la femme lorsque c'est le mari qui est malade) accepte pendant un certain temps, sans réagir, ces colères devenues fréquentes. Les seules réactions sont pendant longtemps d'essayer de raisonner le malade,

de lui montrer l'inutilité de la colère, son manque de raison véritable, en un mot de démonter sa bonne foi. Pendant longtemps encore, le mari (ou la femme) et les enfants font bien attention à ne pas contrarier en rien le malade. Mais au bout d'un nombre variable de semaines, la patiende du début fait place à une fatigue réelle. A une attaque coléreuse finit par répondre une réponse coléreuse. Les scènes de ménage se font fréquentes. Et si la maladie persiste des mois, voire même comme dans certains de nos cas, pendant des années avant que l'on aille voit le psychiatre, c'est alors le ménage lui-même qui est mis en cause.

Lorsque pour la première fois le malade vient consulter, les dégats sont quelquefois devenus irréparables. Et ABELY avant déjà constaté la fréquence de ces colères, la fréquence des disputes et la fréquence des divorces chez les malades qu'il étudiait. Cette irritabilité n'avait pas non plus échappé aux auteurs ayant étudié la neurasthénie.

5 - Les crises de nerfs.

Les crises de nerfs sont très fréquentes, 39 observations le mentionne et surtout, 3 fois sur 4, la crise de nerfs amène à consulter. Elle est donc dans les 7 premières places du classement des symptômes inquiétant particulièrement le malade et l'amenant à demander avis au médecin.

Elle est caractérisée par :

a) le peu d'importance du facteur déclenchant :

- réflexion d'une compagne au bureau,
- contrariété avec un membre de la famille. Par exemple : "son fils de 11 ans qui ne se dépêchait pas".

Parfois, c'est après une colère, ou après une émotion. Mais souvent elle se produit en dehors de toute cause déclanchante. C'est le cas le plus habituel des crises vespérales, au moment du coucher, lorsque se manifeste l'angloisse dd la nuit et du sommeil et le cas des crises nocturnes, lors d'un réveil du malade.

b) le caractère stréotypé du déroulement de la crise :

L'angoisse se fait plus vive. Le malade se sent opressé. Il a l'impression de respirer avec difficulté, sa poitrine est bloquée. Dans certains cas, il pense présenter une crise d'asthme. Mais le plus souvent, il sent très bien qu'il ne s'agit pas de cette affection. Dans quelques cas, l'angoisse épigastrique remonte vers la gorge, la serrant, lui donnant l'impression d'une boule qui l'étouffe. Et au passage, derrière le sternum, cette angoisse l'étreint. Il sent son coeur qui se serre, déclenchant une douleur dans la région précordiale. En même temps des palpitations apparaissent. Le coeur lui frappe à coups forts et répétés dans la poitrine. Il éprouve une sensation de chaleur diffuse à la gorge, à la tête, dans les extrémités qui mettent à fourmillier. Souvent il se met à trembler. Il appelle. Il pleure. Il sent ses "nerfs qui fourmillent partout". Un tremblement généralisé en général se produit.

Pendant tout ce temps, il ne perd pas conscience. Il se rend bien compte des paroles de réconfort ou des gestes de secours qui lui sont apportés. Mais ces gestes ou ces paroles ne servent pas à grand'chose et la crise va ainsi durer pendant dix minutes - un quart d'heure, quelquefois davantage. Dans certains cas, elle ne se calme qu'à l'arrivée du médecin ou à l'injection d'un tranquillisant.

Parfois, elle se calme toute seule. Mais le malade pleure pendans longtemps. Il est épuisé. Le tremblement réapparaît de temps en temps avant de disparaître.

Si la crise est nocturne, le malade refusera le sommeil qui l'angoisse. Il a peur, en effet, qu'au cours du sommeil une nouvelle crise se produise.

La fréquence de ces crises de nerfs est très variable. Elles peuvent très bien ne pas se repoduire, soit que le malade se fasse soigner rapidement, soit que telle soit l'évolution spontanée. Mais en règle, lorsqu'une crise de nerfs s'est déjà produite, il s'en reproduira d'autres, mais de périodicité très variable. Certains malades en présentent d'autres après quelques jours d'intervalle, parfois plusieurs dans la même journée. D'autres peuvent être des semaines, voire des mois, sans en présenter d'autres.

Il est inutile de préciser que lorsque l'on constate de telles crises de nerfs, l'examen neurologique est parfaitement normal, que les E.E.G. pratiqués au cours de la crise sont normaux. Tout au plus constate-t-on une certaine tachycardie, un coeur un peu éréthique et au moment de la crise une sudation plus ou moins abondante selon les cas.

Et après la crise, le malade n'a rien oublié de ce qui s'est passé. Mais on s'aperçoit quelquefois que l'exposé est imprécis, et que si la crise est "consciente et amnésique", il peut axister parfois un certain degré de baisse de la conscience vigile lors de son déroulement.

6 - Variabilité de l'état

La variabilité de l'état maladif est un signe classiquement décrit et très souvent retrouvé (96 cas sur 150).

En fait, on peut presque dire que c'est un signe constant car même là où il n'est pas signalé par le malade, il est facile d'observer que son état se modifie rapidement selon les circonstances, et en particulier au cours de l'examen, qui le plus souvent a une action sédative.

## 7 - Efficacité des divertissements

Les divertissements ont une action calmante sur la maladie et diminuent l'intensité des symptomes. Les malades, dans 62 cas, reconnaissent l'amélioration de leur humeur sous l'effet d'un environnement qui leur plait. En particulier, la visite d'amis, de voisins, de parents, en apportant un imprévu chargé de valeurs affectives amène le plus souvent un remarquable progrès : "j'ai besoin d'avoir des amis. Je vais mieux si des amis sont là, j'oublie mes soucis."
"Je suis transformée d'une seconde à l'autre quand il y a une visite".
"Je n'aime pas la solitude; je vais mieux s'il y a quelqu'un.

Telles sont les paroles le plus souvent entendues. Mais des changements passagers de nature diverse peuvent avoir le même effet; une promenade, une séance de cinéma, une soirée au bal etc...

Le progrès que ces divertissements amènent chez le malade ne durent pas. Le divertissement terminé, plus ou moins rapidement, l'état va retrouver toute son intensité antérieure. Parfois même une sorte de phénomène de "rebond" fait que le malade sera pendant quelque temps (quelques heures, une journée) plus mal qu'antérieurement, ou qu'il se plaindra de fatigue plus grande le lendemain et pendant les jours suivants.

Mais ce changement dans l'état qui éclate aux yeux des moins avertis n'améliore pas toujours l'ambiance familiale.Les parents, le mari, la femme ont de la peine à croire à la réalité d'une maladie qui disparait comme par enchantement dès qu'on parle de cinéma ou lors d'un repas entre amis. Et comment croire au risque de mort par suicide quand on voit les pleurs et les plaintes habituels faire place en quelques minutes à l'enjouement et à la civilité souriante dès que se présente un ami ?

Pourtant malgré les apparences, la maladie est toujours là et son effacement passager sous l'influence d'une ambiance chaleureuse, loin de témoigner de son inexistence, est preuve de sa présence.

8 - Aggravations par les visites et les divertissements.

D'ailleurs dans certains cas, l'état de l'humeur s'aggrave au contact des amis. "Les visites m'énervent" dit une malade, cependant qu'une autre précise que parler chez elle, l'énerve, qu'elle aime la solitude, qu'elle n'a pas d'amis, car elle n'aime pas recevoir ou aller chez les autres ou en famille.

Ce facteur est retrouvé dans 20 observations.

Ailleurs, tel malade qui se sent amélioré par la visite d'amis, se sent aussi aggravé si la visite se prolonge.

En outre, il faut que le divertissement possède une certaine qualité appréciée par le malade, pour améliorer son état.

Sinon, l'action aggravante est fréquente. C'est le cas des grandes réunions de famille, toujours bruyantes et toniques aux yeux des malades, souvent organisées dans un but thérapeutique, mais qui non moins souvent les fatiguent et n'apportent rien de positif.

9 - Hyperesthésie aux bruits.

D'ailleurs les déprimés névrotiques n'aiment pas et ne supportent pas le bruit.

86 observations mentionnent cette hyperesthésie aux bruits, c'est-à-dire plus de la moitié des observations. Elle est même parfois ce qui amène à consulter (3 cas).

Le plus souvent c'est le bruit des enfants, de leurs jeux : "J'ai envie de frapper mon nourrisson lorsque je l'entends pleurer, surtout la nuit", "Je supporte mal les jeux des enfants ; je pousse un cri lorsqu'il y a un bruit".

Ailleurs, c'est le bruit que fait le mari qui est mal toléré ; "le bruit m'énerve : les talons des chassures de mon mari sur le parquet, me mettent en colère".

Les conversation un peu bruyantes ne sont pas supportées. Ma surdité de la mère âgée devient un supplice.

Ailleurs, c'est la radio qui sera refusée ; plus rarement le bruit de la rue, celui des voisins dans l'immeuble.

Mais cette intolérance au bruit est très élective. Telle malade qui ne supporte pas les informations qu'écoute son mari à la télévision, écoute sans y prêter garde son transistor à longueur de journée. Telle autre ne supporte pas les pas des enfants de sa voisine au-dessus de sa tête, mais supporte le bruit des camions qui passent nuit et jour sous sa fenêtre, sur la route nationale.

10 - Hyperesthésie à la lumière.

La lumière vive n'est parfois pas mieux tolérée que le bruit. Cependant, l'hyperesthésie à la lumière est moins fréquente (33 cas), elle est le plus souvent associée à l'hyperesthésie au bruit (25 fois).

Elle se traduit presque à chaque fois par le port de lunettes à verres teintés ou de lunettes noires.

Cette hyperesthésie à la lumière entre dans le cadre plus général des troubles visuels au cours des dépressions névrotiques, troubles que nous étudions plus loin.

11 - Modification de la conscience (sentiment de bizarrerie, d'irréalité...)

En général, toutes les modifications psychologiques qui se produisent sous l'effet de la dépression névrotique se déroulent sans aucune modification de la conscience. Mais il existe des moments passagers, et de façon d'ailleurs inconstante selon les malades, où la conscience claire et vigile du malade se modifie.

Nous avons constaté la chose déjà à l'occasion des crises de nerfs. Si certaines de ces crises de nerfs - comme le reste de l'évolution de la dépression névrotique - se déroulent sans aucune modification de la conscience, certaines d'entr'elles se déroulent sur une conscience nettement diminuée. Et c'est alors, presque en toute bonne foi (si ce n'est une certaine dose d'exagération comme toujours chez ce type de malades) que les sujets affirment qu'ils ne se rappellent de rien de leur crise de nerfs et qu'ils ont perdu connaissance. Cependant, il n'y a pas, en effet, dans ce cas-là de perte de connaissance véritable. Tout au plus, n'ont-ils qu'une connaissance assez vague de ce qui s'est passé autour d'eux, et qu'un souvenir assez approximatif des phénomènes qui se sont déroulés en eux et autour d'eux. Tout cela leur apparaît à travers une sorte de brouillard qui rend les proportions floues et la mémoration incertaine. Cependant, lorsqu'on les interroge après coup avec soin, même celui qui affirmera péremptoirement au début qu'il n'a aucun souvenir, se rappellera tel ou tel détail des événements survenus pendant sa crise.

Mais les modifications de la conscience peuvent aussi se produire en dehors des crises de nerfs et peuvent se produire chez des personnes qui n'ont pas présenté, qui ne présentent pas ou ne présenteront jamais de crise de nerfs.

Les sensations éprouvées par les malades sont assez difficilement définissables. Les malades emploient le terme "d'impression de bizarrerie", "d'impression d'irréalité", "d'impression de vivre dans un rêve". Certains tiennent à une expression plutôt qu'à une autre, sans que le contenu de ces expressions soit différent d'un cas à l'autre.

Ces modifications de la conscience sont fréquentes. 52 de nos 150 malades reconnaissent présenter par moment des impressions de bizarrerie, soit plus d'un cas sur trois. 46 de nos malades disent avoir éprouvé un sentiment d'irréalité. Si l'on tient compte que bizzarerie et irréalité sont employées dans 40 cas, de façon à peu près synonyme par les mêmes malades, cela représente malgré tout 58 cas sur 150 qui ont, à un moment donné, présenté des modifications de la conscience.

Ces modifications de la conscience sont de durée très variable. Cela peut durer quelques instants. Cela peut se prolonger plusieurs heures. Certains moments sont plus favorables que d'autres ; en dehors des crises, c'est, en particulier chez les malades atteints d'agoraphobie, au moment où ils doivent sortir. Ils ont l'impression, comme dit l'un d'entre eux, de marcher comme un automate. Ils ont l'impression, comme dit une autre, de vivre comme dans un rêve. Le monde autour d'eux leur paraît flou, cotonneux. Ils marchent sans se sentir. Une autre malade signale qu'elle ne reconnaît plus, à ce moment-là le monde dans lequel elle vit. Le monde donne l'impression d'avoir changé.

Dans certains cas cette impression d'irréalité va jusqu'à un véritable sentiment de dépersonnalisation. "Je me regarde dans un miroir" dit une malade. "Je regarde avec insistance". Je me demande où suis-je, que fais-je ?".

Une autre éprouve des sentiments complexes. Un choc émotif déclenche chez elle une certaine sub-excitation psychique. Et à ce moment-là

elle éprouve ce qu'elle appelle "une phase de flottement euphorique". Elle se sent si bien, si à l'aise qu'elle a l'impression d'avoir don de double vue".

Cette impression de modification du monde extérieur s'accompagne parfois de la conviction que les changements observés dans l'entourage ont une signification agressive, que "les gens ont des intentions méchantes".

Mais il ne s'agit là à aucun moment de délire au sens propre du mot. C'est un sentiment assez vague que les malades, hommes autant que femmes, reconnaissent comme pathologique. Ils sont parfaitement conscients du caractère anormal de ces sensations. Ils sont parfaitement conscients de l'aspect purement subjectif de leur conviction des intentions agressives des personnes qui les entourent. Ce la ne correspond absolument pas à la conviction de la réalité de cette agressivité qu'ont des délirants dans des cas similaires.

Malgré des exceptions, il semble que ces modifications de la conscience sont proportionnelles à l'intensité des troubles. Plus les troubles sont intenses, plus ces impressions se rencontrent. Plus elles se rencontrent, plus la symptomatologie est, en général, bruyante et abondante. Mais l'existence de ces modifications de la conscience n'a pas de valeur pronostique. Elles évoluent avec la maladie. Elles s'améliorent avec elle lorsque la maladie va vers l'amélioration.

Une de nos malades, enmême temps qu'elle a ces impressions de modification de l'ambiance et qu'elle a l'impression d'un changement dans le monde qui l'entoure, a en outre l'impression qu'elle-même, à ce moment-là, doit changer. "Elle pense que son regard et son visage doivent être drôles à voir. On doit la regarder à ce moment-là".

12 - Idées délirantes.

Il n'existe pas, au cours des dépressions névrotiques, d'idées délirantes au sens propre du mot.

Il faut signaler, cependant que, en dehors de toute modification du niveau de la conscience, chez 4 de nos malades existe "l'impression qu'on leur en veut". Il s'agit, non pas d'une certitude comme dans un délire, mais d'une impression". Et ce terme est celui même employé par les malades. Cette impression n'est pas permanente. Elle est variable d'un moment à l'autre. Elle cède en particulier lorsque le malade peut constater objectivement un geste d'amitié ou de courtoisie de la part de celui qui, peu de temps auparavant, était supposé lui en vouloir".

Comme tous les autres éléments de la dépression névrotique, cette "impression" de persécution disparait lorsque la maladie s'améliore.

13 - JALOUSIE

Un petit nombre de malades signalent que depuis le début de leur maladie, ils sont devenus jaloux ( 8 fois sur 150).

Cette jalousie touche les hommes aussi bien que les femmes . Un de nos malades avoue " mesentente avec sa femme car il est jaloux de façon pathologique et elle ne l'admet pas".

Les malades femmes exposent les mêmes troubles à peu près dans les mêmes termes. Mais une d'entre elle n'avait peut-être pas tout à fait tord d'éprouver un tel sentiment : "son mari l'a trompée, elle l'a découvert en trouvant une lettre, lors d'une fouille des affaires de son mari."

Cette jalousie excessive, et le plus souvent imméritée, ne facilite pas la vie familiale puisqu'elle est la cause de querelles supplémentaires, qui s'ajoutent à toutes celles que provoque l'irritabilité excessive due à la maladie.

## IV - TROUBLES DE LA SPHERE INTELLECTUELLE

Avec une très grande fréquence, les malades se plaignent de troubles intellectuels.

Ces troubles intellectuels sont variables dans leur intensité, dans leur ténacité, dans leur horaire et également dans la gêne qu'ils entrainent.

Dans l'ensemble sont plus touchées les personnes qui ont une profession nécessitant un effort intellectuel.

Il y a en effet une difficulté de la concentration idéique péniblement ressentie lorsqu'il faut faire un effort un peu prolongé. Cet effort entraîne des céphalées, en particulier des céphalées postérieures.

En outre, le raisonnement est perturbé. La perturbation ne porte pas sur la qualité du jugement mais sur la possibilité du raisonnement. Le malade, préoccupé par ses problèmes personnels, par son mentisme par son inquiétude ne peut se fixer de façon continue au travail qui lui est soumis.

De telle sorte que la qualité du travail baisse. S'il s'agit d'un étudiant, les résultats scolaires décrivent une courbe descendante remarquable. L'échec aux examens est la règle. S'il s'agit d'employés de bureau, les chefs hierarchiques ne sont pas sans s'en apercevoir. Les travaux présentent des erreurs. Il y a des étourderies. Des mots sont oubliés. Des fautes d'orthographe apparaissent. Les ratures deviennent abondantes. Le travail est moins bien présenté.

1 - Troubles amnésiques

Mais parmi les difficultés intellectuelles dont ils se plaignent , les troubles de la mémoire sont au premier rang. C'est un signe fréquent, puisque retrouvé plus d'une fois sur deux ( 32 cas) et qui inquiète puisqu'il amène à consulter une dizaine de fois : "Je perds la mémoire, j'oublie tout, même les choses récentes, mes gants,mon parapluie mon portefeuille". J'oublie les courses à faire ou les ingrédients à mettre dans la cuisine". La commerçante ne sait plus si les clients ont payé.

Une autre personne ne sait plus si elle a donné à son bébé son dernier biberon,et plusieurs ne savent plus si elles ont ou non absorbé leurs médicaments.

Ces troubles de la mémoire sont plus subjectifs qu'objectifs. Ce sont plus des distractions ou un manque d'intérêt porté aux objets ou aux événements que des troublesamnésiques réels. C'est le cas de cet ouvrier qui oublie en quelques minutes les ordres du contremaitre et ne sait plus ce qu'il doit faire et qui signale quelques minutes plus tard dans son exposé qu'il ressasse sans cesse dans sa tête les faits récents qui l'on marqués ou vit à l'avance les évenements qu'il attend et craint à la fois.

En outre, la mémoire est souvent accusée de manquer alors que l'essentiel est la difficulté de la concentration idéique et du travail intellectuel. C'est le cas de cette institutrice qui met "un temps infini (d'après elle) à faire les calculs de problèmes pourtant simples. C'est aussi le cas de ce professeur d'anglais qui pense avoir oublié le vocabulaire anglais et les règles de grammaire, qui est obligé de préparer ses cours jusque dans leurs moindres détails et vit dans la crainte perpétuelle qu'un élève ne pose une question imprévue qui la prendra de court.

Enfin, lorsque cette malade qui a oublié si elle a donné le biberon à son enfant, affirme que ses troubles mnésiques sont tels qu'elle ne reconnait plus les visage (ce qui est d'ailleurs faux), il s'agit là d'un phénomène à rapprocher des sentiments d'irréalité et de bizarrerie éprouvés par un si grand nombre de nos malades.

## 2 - Tête Creuse

On peut rapprocher de ces difficultés intellectuelles de divers types l'impression de tête creuse, éprouvée dans un grand nombre de cas. En effet 89 observations la mentionnent et elle est parfois citée parmi les troubles les plus pénibles.

Les malades parlent de tête creuse mais aussi de "tête vidée", de tête lourde","de tête brouillée". Cette tête creuse est accusée d'être la cause des troubles multiples ressentis souvent.

Tel malade affirme "qu'on lui tire sur le cerveau" qu'il ne peut se fixer sur un travail, qu'il ne retient plus rien de ce qu'il lit, qu'il a l'esprit flou, la tête dans du coton. Un autre éprouve un vide cérébral, un vide dans la tête et les conversations s'éloignent et le fatiguent.

C'est à cause de cela que beaucoup de nos malades "comprennent moins facilement ce qu'on leur explique, qu'ils ont du mal à se concentrer, et qu'ils sont obligé de tout noter".

Tout ceci traduit bien la difficulté à l'effort de réflexion et de mémorisation des malades et leur désir de rattacher ces troubles psychiques à une cause physique plus rassurante.

## I - SYMPTOMATOLOGIE PSEUDO-ORGANIQUE

### I - l'Asthenie

L'Asthénie est un signe classique de toutes les dépressions On la retrouve chez nos 150 malades, 2 fois sur 3 (96 observations). Elle est assez importante pour inquiéter dans 36 Cas, elle est un des signes majeurs qui amènent à consulter. Cette asthénie est une asthénie physique et une asthénie intellectuelle. Elle est parfois modérée, mais le plus souvent elle donne au malade la conviction qu'il n'arrivera plus au bout de son travail : "Je ne peux plus travailler". Je suis fatiguée, bonne à rien, je me traine."

Parfois, les choses les plus banales de la vie quotidienne deviennent pénible à cause de cette asthénie : "tenir une conversation, parler est fatigant" dit une autre de nos malades. Mais ce qui décourage particulièrement les malades, c'est la ténacité, la persistance de l'asthenie. Elle a resisté, lorsqu'ils viennent consulter le psychiatre, aux toniques et aux fortifiants. La prise de poids qui témoigne de l'efficacité de ce type de traitement ne la fait pas disparaitre. Le repos, la sieste ne la modifient pas. Le sommeil ne l'efface pas et souvent même elle est plus marquée le matin.

2 - Fatigabilité rapide

En outre, cette asthénie physique et intellectuelle s'accompagne d'une fatigabilité rapide, également physique et intellectuelle.

Celle-ci est mentionnée dans 44 cas; soit I fois sur 3 ;

Elle est considérée par les malades comme normale dans leur état de fatigue et elle ne constitue jamais une des causes de consultation

Elle oblige à diminuer l'activité physique et intellectuelle Cela est surtout net chez les sujet obligé de faire un travail intellectuel Non seulement ils n'arrivent plus au bout de leurs tâches, mais ils sont parfois obligés de les abandonner totalement. Et on peut suivre alors l'efficacité de la thérapeutique instituée par l'importance et la qualité du travail intellectuel qui a pu être fait.

### 3 - Les Céphalées

Les céphalées sont des signes très fréquemment rencontrés dans les dépressions névrotiques. On les retrouve dans plus de 2 cas sur 3 ( très exactement dans 108 de nos observations).

Et très souvent, elles constituent une des causes amenant à consulter (38 Cas).

Certaines des céphalées s'accompagnent de nausées ou de vomissements. Dans ces cas, même lorsqu'il existe une symptomatologie dépressive, on préfère faire vérifier l'absence d'étiologie organique intracrânienne.

Les caractères de ces céphalées sont très variables; Ce sont parfois des douleurs véritables. Lorsqu'il s'agit de douleurs, elles sont tantôt continues mais avec des paroxysmes à type de lancement qui augmentent la gêne qu'elles provoquent chez les malades.Ce sont parfois des sensations de lourdeur et de gonflement de la tête, les malades parlent alors de"tête tendue", de "tête prête à éclater"; très souvent également, ils parlent de "tête sérrée" ou de "tête serrée dans un étau". Parfois, il s'agit simplement d'une gêne plus discrète, quoique mal supportée. C'est une sensation pénible au niveau de la tête. C'est la sensation d'un casque qu'il faudrait porter toute la journée. Parfois, ce sont des paresthésies localisées ou généralisées qui se manifestent à type de picotements, de fourmillements.

Dans certains cas, les malades décrivent avec pittoresque leurs symptomatologie car ce qui est ressenti leur semble difficilement exprimable dans des termes purement médicaux : "J'ai mal à la tête comme si on m'en sortait des rouleaux de ruban", dit une de nos malades. Une autre de nos malades affirme :

"que c'est comme si on lui creusait continuellement le derrière de la tête". Une autre à l'impression"de cuillère et de fourchettes qui dansent dans la tête".

Un certain nombre de nos malades ont l'impression d'un battement intra-crânien.

Il faut également insister sur la fréquence des céphalées de type céphalées d'attention qui n'apparaissent que lorsque le sujet est appelé à faire un effort d'attention dans son travail journalier, que ce travail soit un travail manuel, soit et surtout un travail intellectuel Il est à noter que ces céphalées d'attention sont d'autant plus nettes que le travail à faire plaît moins.

La localisation des douleurs est variable. Cela peut être des céphalées diffuses. Cela peut être des céphalées localisées. Si elles sont localisées, il faut signaler la fréquence des céphalées frontales, la fréquence égale aussi des céphalées bi-temporales. Mais il faut mettre au premier plan l'importance des céphalées occipitales qui sont d'ailleurs moins des céphalées que des cervicalgies. Parfois, il y a une certaine asymétrie dans la douleur sans que cette asymétrie ait de signification particulière.

## 4 - Anorexie

L'Anorexie est retrouvé. 8I fois et II Fois elle amène à consulter.

C'est une anorexie globale. L'appétit pour tous les types d'aliments est diminué. Les malades disent souvent qu'ils mangent"par devoir", ou qu'ils doivent "se forcer pour manger".

Mais c'est souvent une anorexie capricieuse. Elle augmente ou diminue selon les évènements. Les émotions par exemple l'augmente. Par contre une ambiance agréable, un repas avec des amis, la fait disparaître.

Certaines femmes affirment qu'elles est plus marquée au moment des règles. Mais ce signe est inconstant.

En fait, elle s'améliore lorsque la maladie s'améliore; elle augmente lorsque la maladie se fait plus intense.

5 - Troubles digestifs.

Cette anorexie s'accompagne parfois de brulures d'estomac et de nausées ; elle coexiste avec des troubles dyspeptiques : langue saburrale (16 cas), digestions lentes, pesanteurs épigastriques, borborygmes, etc.

En effet, les troubles digestifs sont fréquents et variés chez les déprimés névrotiques et l'anorexie est loin d'être isolée. Ces divers troubles ne sont que des manifestations de l'angoisse. Mais leur expression est diverse et assez riche.

Parmi les troubles digestifs il faut signaler tout particulièrement les ballonnements épigastriques et les "crises de foie".

Ce ballonnement épigastrique est quasi constant. Parfois, il est très intense, augmentant considérablement après les repas, donnant aux malades l'impression de gêne respiratoire avec parfois précordialgies. C'est d'ailleurs souvent après les repas qu'existe le maximum de la symptomatologie. Parfois le ballonnement épigastrique est discret, minime ; il est parfaitement supportable.

Assez souvent aussi, il existe une douleur épigastrique qui ne s'accompagne pas de ballonnement, qui persiste en permanence et qui donne au malade l'impression d'être atteint d'une affection digestive, gastrique en particulier, d'autant plus qu'assez souvent elle s'accompagne d'une sensation de faim du type "fringale douloureuse". L'absorption de quelques bouchées d'aliments (souvent un gâteau) donne l'impression de calmer provisoirement cette douleur. Il est d'ailleurs à noter que cette sensation d'avoir toujours faim coexiste en même temps avec l'anorexie qui se produit au moment où les malades se mettent à table.

Que le ballonnement épigastrique soit très pénible ou qu'il soit peu important, voire même que tout se borne à une épigastralgie, souvent les malades sont convaincus qu'ils sont atteints d'une affection organique digestive, gastrique en particulier. Et des examens radiologiques sont souvent demandés, tant au niveau de l'estomac qu'au niveau du duodenum. Inutile de préciser que ces examenssont toujours négatifs et lorsqu'il existe parfois des images qui paraissent suspectes, de nouveaux examens similaires n'apporteront jamais la preuve de l'ulcère. Pourtant, dans les antécédents des malades, on note, dans une dizaine de cas, la notion de l'existence d'ulcères d'estomac ; mais dans ces cas on apprend que la preuve radiologique n'a pu être faite de façon formelle.

Cette douleur épigastrique et les nausées que l'on rencontre assez souvent font penser aux malades qu'ils sont atteints d'une insuffisance hépatique. Lorsque les troubles digestifs sont un peu plus marqués, ils parlent d'une"crise de foie", d'autant plus qu'un petit nombre d'entre eux présentent des vomissements. Ces vomissements sont des vomissements bilieux du matin. Les malades ne manquent pas de s'imposer un régime alimentaire souvent sévère, et cela malgré la constatation qu'ils peuvent faire, que dans une ambiance agréable, ils peuvent supporter de digérer des repas plantureux et lourds. Bien entendu, lorsque la dépression s'améliore, ces troubles s'améliorent également et ces malades, qui restent pourtant convaincus d'avoir été atteints de troubles hépatiques, sont surpris de pouvoir à nouveau manger de tout sans suivre aucun régime.

Lorsque des radios digestives ont été faites, on constate presque toujours l'existence d'une ptose gastrique. La tentation est grande pour ces malades et leur famille d'attribuer à cette ptose l'existence des troubles digestifs ressentis. Pourtant, cette ptose ne change rien à l'évolution et lorsque la maladie dépressive s'améliore, les troubles digestifs s'améliorent aussi facilement que chez les malades qui ignorent la situation de leur estomac dans leur abdomen.

Parmi les autres troubles digestifs à signaler, il faut noter les troubles du transit, tantôt à type de constipation, tantôt à type de diarrhée. Ces diarrhées se produisent en particulier à l'occasion des émotions. On peut noter aussi la possibilité d'une alternance de périodes de constipation et de périodes de diarrhées. On a noté également dans quelques cas l'existence d'un syndrôme de type "colite spasmodique" tout à fait caractéristique. Dans ce dernier cas, ces troubles du transit sont particulièrement tenaces.

Ces divers troubles digestifs ne sont pas sans retentir sur l'état général du sujet. Lorsqu'il vient consulter, il a souvent perdu plusieurs kilos depuis le début de la maladie. Mais l'amaigrissement cependant reste modéré et on ne note jamais l'existence d'une atteinte grave de l'état général et jamais une atteinte cachectique.

Ces divers troubles digestifs sont fréquents puisqu'on les rencontre presqu'une fois sur deux (très exactement dans 70 de nos observations)

6 - Troubles d'allure cardio-vasculaire.

Avec les troubles digestifs, les troubles de la sphère cardio-vasculaire sont fréquents.

Nous avons vu que l'angoisse provoque souvent des précordialgies, des douleurs thoraciques, voire des douleurs plus nettement rétrosternales, parfois accompagnées de douleur du bras gauche. Souvent elle provoque des palpitations (77 fois), mais aussi de la tachycardie, plus rarement des extrasystoles.

Ces troubles augmentent lors des émotions, et accompagnent les crises de nerfs. Les palpitations se font plus fréquentes également lors du coucher, ou lorsque le malade se couche sur le côté gauche. Cela s'accompagne assez souvent alors d'angoisse précordiale, de sensation pénible de gêne sous cardiaque, de telle sorte que le malade fréquemment se redresse dans son lit, multiplie les éructations qui lui donnent l'impression d'un soulagement au moins passager et redoute le sommeil qui ne se produit qu'après un long moment.

Parfois, le luxe de détails fournis par le malade, et les caractères très atypiques des algies précordiales permet d'éliminer une vraie crise d'angine de poitrine. Mai parfois des épisodes douloureux d'allure très dramatique peuvent faire croire à un infarctus.

L'origine organique paraît à peu près certaine pour les malades pour lesquels un examen cardiologique semble plus urgent que l'examen psychiatrique. Cet examen ne montre rien d'autre que la confirmation de la tachycardie et l'existence d'un éréthisme cardio-vasculaire fréquent.

7 - Douleurs.

Au cours des dépressions névrotiques, on est frappé par la fréquence avec laquelle les malades se plaignent de douleurs. Celles-ci sont multiples et variées, frappant n'importe quelle partie du corps, mais surtout le rachis (en premier les dorsalgies, mais aussi les cervicalgies, les lombalgies, les scapulalgies) mais on peut aussi citer la région précordiale, les extrémités (mains, pieds), l'hypochondre, les articulations.

Il faudrait citer tous les organes, langue, vessie, etc. un par un et toutes les formes de douleur, les fourmillements, les crampes, les sensations de courant électrique, les sensations de froid ou de chaleur, ou de brûlûre, l'engourdissement, les spasmes, les acroparesthésies, les tremblements intérieurs plus ou moins douloureux : "j'ai mal aux nerfs", est une expression souvent citée. "Les nerfs me piquent de partout". "C'est comme si les nerfs allaient sortir du crâne, comme si des vers étaient en train de percer d'ailleurs".

Ces douleurs sont décrites avec abondance. La description s'appuie souvent sur des dossiers radiologiques plus ou moins volumineux, sur des avis de rhumatologue. Et les chiropracteurs ont souvent été consultés avant le psychiâtre. On retrouve ces douleurs diverses 1 fois sur 2 environ (76 observations).

8 - Autres signes physiques

I fois s r 2 ( 76 observations) il est fait mention d'autres troubles que les malades classent parmi les troubles organiques : le tremblement et les troubles vaso-moteurs. En tête arrive le tremblement, survenant par cri es, généralisé et pendant une certaine durée. Il touche parfois seulement les extrémités, plus rarement la face et les dents; mais il peut parfois provoquer le bégaiement. "je tremble tout le temps, surtout quand je travaille et m'énerve". "Je tremble pendant 5 minutes si j'ai une contrariété".

Parfois le tremblement n'éxiste qu'aux membres inférieurs et à la marche, en général après une marche assez longue.

Très souvent associé à ce tremblement, ou sans rapport avec lui, on trouve des troubles vaso-moteurs : sueurs, acrocyanose, couperose du visage, bouffées de chaleur.

## 9 - Troubles visuels

29 Observations mentionnent des troubles visuels. Il s'agit essentiellement d'un brouillard devant les yeux et d'une gêne à la lecture : "les yeux me piquent, je lis difficilement". J'ai des ronds qui dansent devant les yeux. "je ne lis plus, même les journaux, çà me fait mal aux yeux. "J'ai un brouillard devant les yeux, je ne peux fixer, ni regarder de près, ne peux lire un plan". Telles sont quelques unes des expressions de nos malades. Souvent il peut s'agir d'asthénopie accomodative.

En fait, aucun de ces troubles visuels ne correspont à une lésion organique et n'est retrouvé par examen ophtalmologique. Ils sont à mettre sur le même plan que l'hyperesthésie à la lumière déjà signalée et leur origine est entièrement psychologique. Cela est particulièrement net lorsque ces troubles n'apparaissent que dans certaines circonstandes particulières, telles que le picotement des paupières lorsque le sujet regarde son interlocuteur dans les yeux.

## IO - Troubles des règles

Après les troubles digestifs et les troubles d'allure cardio vasculaire, les troubles de la sphère génitale sont les plus fréquents.

Les troubles des règles, par exemple, se retrouvent dans 44 Observations, soit plus d'une fois sur 3 si l'on tient compte de l'âge de nos malades. Ce sont soit une aménorrhée (c'est rare) soit une dysménorrhée, mais le plus souvent ce sont des règles douloureuses plus ou moins pénibles, obligeant parfois la malade à s'aliter.

En général, à l'occasion des règles, les signes de la dépression névrotique augmentent d'intensité (anorexie, asthénie, nervosité angoisse, palpitations etc...) "Je suis parfois obligé de demeurer allongée, je suis abattue au point de ne pouvoir ouvrir les yeux, et j'ai des douleurs dans tous les muscles".

11 - La frigidité est fréquente pendant la maladie

45 fois (un tiers des cas environ), elle est nette et avouée car totale; et dans 9 autres cas il s'agit d'une frigidité pas tout à fait complète (c'est à dire que de temps en temps, il exist un plaisir sexuel, certes diminué, mais pas totalement absent). Même lorsque la malade était frigide avant sa maladie, cette frigidité devient plus complète et s'accompagne assez souvent de douleurs au moment des rapports sexuels.

Par comparaison, nous ne notons que 21 cas de frigidité avant la maladie (et encore, nous devrions dire 20 cas et demi car l'une de nos malade était frigide avec son mari et non avec son amant. Mais pendant la maladie, celui-ci n'était pas mieux nanti que le mari !)

Nous ne notons qu'une seule observation où la satisfaction sexuelle fut plus grande durant la maladie qu'avant celle-ci. Les rapports sexuels apportaient à la malades un témoignage d'affection qui la laissait apaisée pendant plus ou moins longtemps, avec diminution de toute la symptomatologie habituelle.

12 - Vomissements et "envies lors des grossesses

Pour essayer de juger comment la sexualité était assouvie par nos malades avant leur maladie, nous avons recherché si leur grossesses s'étaient accompagnées de vomissements abondants, puisque l'on sait que ceux-ci sont essentiellement d'origine psychologique. Ces vomissements abondants sont cités dans 25 observations. Ils sont cités à des degrés très variables mais de toute façon à des degrès jugés excessifs par les malades elles-mêmes. Ces vomissements ne se sont produits que durant les 3 premiers mois de la grossesse, ou parfois pendant toute la durée de celle-ci.

Ils sont très souvent associés (9 fois) à des "envies". Celles-ci sont retrouvées 16 fois, elles sont très variées (poulet à la crème, artichaut, pommes, filets de harengs, vin rosé, saint nectaire, fraises, crabe).

Mais comme la fréquence des vomissements abondants ou des envies au cours des grossesses n'a pas été étudiée statistiquement dans une population "normale", il ne nous est pas possible d'interpréter de façon précise nos chiffres. Il nous semble que les vomissements abondants sont un peu fréquents.

I3 - Diminution de la puissance sexuelle

Chez l'homme, la frigidité a son pendant dans la diminution de la puissance sexuelle. Or celle-ci est retrouvée dans 8 observations sur II.

Elle est donc très fréquente.

## I4 - Frilosite

53 observations (c'est à dire I fois sur 3 ) mentionnent que les malades se plaignent de frilosité. Cette frilosité assez constante chez ceux qui la ressentent, entraine un certain degré de ralentissement de l'activité motrice chez certains malades.

Elle s'accompagne assez souvent d'une exagération de la transpiration favorisée d'ailleurs par l'augmentation des vêtement portés par les malades (et aussi par la thérapeutique antidépressive.)

Il s'agit parfois de l'impression d'être "toujours mal dans sa peau" comme le disait une de nos malades, cependant que d'autres signalaient qu'ils avaient "toujours ou trop chaud ou trop froid.

## I5 - Insomnie

L'Insomnie est un signe majeur retouvé dans les deux tiers des observations (I02 fois) et souvent un des premiers à apparaître. Elle amène a consulter I fois sur 5.

Les malades parlent de difficultés à l'endormissement ou de reveil de plus en plus matinal. Ce reveil est toujours pénible. Les malades font effort pour se rendormir et attachent une grande importance aux heures passées sans dormir. Puis peu avant l'heure de se lever, ils s'endorment profondément, si bien que leur lever est pénible. Il s'accompagne d'une somnolence qui se prolonge plus ou moins longtemps et qui s'ajoute aux troubles si pénibles de la mise en route.

Dans la plupart des cas le sommeil lorsqu'il est obtenu est haché de reveils passagers, agité par des rêves abondants.

Parfois, dans un petit nombre de cas, les malades ont, au contraire, toujours envie de dormir. Ils dorment la nuit, plusieurs heures de plus que dans leur état normal.

Mais dans tous les cas, que le sommeil soit diminué, normal ou augmenté, il n'est jamais un sommeil réparateur et le malade se reveille toujours fatigué et a toujours l'impression de ne pas avoir assez dormi.

## I6 - Rêves et Cauchemars

Les malades, en général, quelque soit le caractère de leur sommeil, se plaignent de rêves abondants? Ces rêves, prennent assez souvent un aspect pénible ( 34 de nos malades se plaignent spontanément de leurs cauchemars? Certes, il avaient depuis toujours épisodiquement des cauchemars. Mais il n'y a plus guère de nuits ou des cauchemars n'apparaissent. Tous les thèmes sont possibles. En général, il s'agit toujours de thèmes désagréables entrainant une angoisse au cours de laquelle le malade se réveille avec une sensation d'étouffement. Il y a aussi assez souvent des cauchemars à thème macabre avec des morts et en particulier des morts de personnes connues. Une de nos malades voyait son père mort venir la chercher par la main. Dans d'autres cas, le sujet est souvent l'objet d'une agression plus ou moins désagréable. Une de nos malades voyait chaque nuit un homme de petite taille venir la tuer avec une canne.

Cette reproduction plusieurs nuits de suite et de façon plus ou moins prolongée du même rêve ou du même type de rêve est une chose relativement fréquente chez les malades présentant une dépression névrotique.

Ces cauchemars sont souvent un signe tenace. Quand la maladie s'améliore, les rêves et les cauchemars restent abondants. Les autres signes diminuent, les malades se plaignent alors presque uniquement de leurs cauchemars. Ce sont ces rêves et ces cauchemars qu'ils accusent d'être la cause de la fatigue de la journée lorsque celle-ci existe.

Dans une seule de nos observations la malade conservait, lorsqu'elle se réveillait la nuit, un rêve hallucinatoire. Elle signalait très inquiète que lorsqu'elle se reveillait et qu'elle avait les yeux ouverts, elle voyait encore des têtes menaçantes ou des animaux venir vers elle. A noter que ces troubles ont disparu avec le traitement lorsque la maladie s'est améliorée.

I7 - Somnolence Diurne

Contrastant avec d'insomnie nocturne, existe la somnolence diurne. Ce signe est retrouvé 34 fois de façon importante et 2 fois sur 3 il est associé à l'insomnie ( 23 fois)

Parfois cette somnolence dure toute la journée et ne disparait que le soir, au coucher, pour faire place à l'insomnie.

Souvent, elle n'existe que le matin, soit au lever jusque vers une heure variable (I0 - II heures ou même debut de l'après-midi). Parfois, elle n'apparait qu'avec un peu de recul, après le petit déjeuner, une demi - heure ou I à 2 heures après le lever.

Quelque soit son aspect clinique, elle se reproduit ou augmente de nouveau après le repas du midi, rendant alors le travail péni le et conduisant ceux qui n'ont pas d'activité professionnelle à faire la sieste (ceci dans une région ou la sieste n'existe pas dans la population autochtone.

## I7 - Somnolence Diurne

Contrastant avec d'insomnie nocturne, existe la somnolence diurne. Ce signe est retrouvé 34 fois de façon importante et 2 fois sur 3 il est associé à l'insomnie ( 23 fois)

Parfois cette somnolence dure toute la journée et ne disparait que le soir, au coucher, pour faire place à l'insomnie.

Souvent, elle n'existe que le matin, soit au lever jusque vers une heure variable (I0 - II heures ou même debut de l'après-midi). Parfois, elle n'apparait qu'avec un peu de recul, après le petit déjeuner, une demi - heure ou I à 2 heures après le lever.

Quelque soit son aspect clinique, elle se reproduit ou augmente de nouveau après le repas du midi, rendant alors le travail pénible et conduisant ceux qui n'ont pas d'activité professionnelle à faire la sieste (ceci dans une région ou la sieste n'existe pas dans la population autochtone.

I8 - Maximum des troubles le matin

L'augmentation de tous les troubles de la dépression chaque matin a été retrouvée 30 fois, soit plus d'une fois sur deux.

Nous avons déjà signalé cet horaire paradoxal pour les malades à l'occasion de la somnolence diurne. Mais ce n'est pas seulement ce besoin de sommeil après le lever qui se fait plus fort le matin, mais tous les signes, en particulier l'asthénie, la tristesse, le découragement et aussi les idées de suicide.

Parfois, c'est dès le lever que cette majoration se retrouve, voire même avant le lever. Dans un certain nombre de cas, cette majoration se produit après une sorte d'intervalle libre". Le malade se lève dispos. Mais une demi-heure ou I heure ou 2 heures plus tard, il se sent épuisé et la journée lui paraît interminable.

A noter que chez un bon nombre de malades, il n'y a pas de maximum régulier dans la journée et que dans une dizaine de cas ce maximum régulier se produit le soir, après la journée de travail.

I9 - Signes physiques

La typologie des malades n'a rien de particulier dans la grande majorité des cas.

Cependant nos observations notent 8 malades présentant un aspect pycnique. Un plus grand nombre ( 20 Observations ) signale un aspect longiligne (Montassut avait insisté sur cet aspect physique de ses "déprimés constitutionnels")

Dans un cas , nous avons été frappés par l'aspect juvénile d'une de nos malades.

Le signe de Schwesteck n'est retrouvé que I2 fois. Il n'est retrouvé que par un examen systématique et non parce que des signes particuliers évoquaient une éventuelle spasmophilie. Ce signe ne s'améliore pas lorsque la maladie s'améliore.

Artériosclérose et hypertension artérielle. Une seule observation mentionne des signes d'artériosclérose. Cela ne doit pas surprendre puisque la quasi totalité de nos malades sont des malades jeunes (seuls 11 ont plus de 50 ans et aucun ne dépasse 65 ans)

Onychophagie. On retrouve l'onychophagie dans quelques observations. Elle est d'apparition récente et en règle disparait lors de l'amélioration de l'état des malades.

L'électroencéphalogramme n'a pas été pratiqué dans II8 cas et sur les 32 fois où il a été fait, 7 sont perturbés.

## 20 - L'appoint toxique

### Alcool

Dans 11 cas, il est signalé des excès alcooliques. En règle l'alcool améliore l'humeur du malade, diminue son anxiété , le rend plus gai, diminue sa fatigue, lui permet de sortir et de marcher plus facilement Cet usage inhabituel des boissons alcoolisées est favorisé parfois par une certaine sécheresse de la bouche. "J'ai bu pendant ma maladie car je me sentais mieux". "Je bois 4 verres de vin avant de me coucher".

Il est difficile d'apprécier ce que devient cette tendance à boire lorsque le malade s'améliore. Il affirme cependant toujours que ce besoin de boire s'est calmé.

### Tabac

De même pour stimuler leur humeur, un certain nombre abuse du tabac "Je ne bois plus, mais je fume davantage"."Je fume au moins un paquet par jour, ça me stimule".

# VI - PERSONNALITE ANTERIEURE DES MALADES ET LES ANTECEDENTS

## I - PERSONNALITE ANTERIEURE DES MALADES

Il est intéressant de noter que ces dépressions névrotiques n'apparaissent pas chez n'importe quelle personne. Il y a une certaine unité dans la présentation des malades, dans la façon dont ils semblent se comporter à la fois dans le monde et vis-à-vis de l'interrogateur.

Il aurait certainement été très intéressant d'explorer de façon plus attentive cette personnalité qui nous semble uniforme. Des psychothérapies prolongées auraient permis d'approfondir bien des points. Par ailleurs, le recours à des techniques de tests projectifs auraient également apporté d'autres renseignements particulièrement utiles. Mais, comme nous l'avons déjà signalé, notre travail est basé sur un travail uniquement clinique. Nos 150 observations ont été choisies dans le tout-venant d'une consultation ambulatoire. Et même lorsqu'il y a eu hospitalisation, nos conditions de travail "très artisanales" ne modifiaient pas fondamentalement notre façon de travailler.

### Caractère de type "hystéroïde" ou hystérique"

La quasitotalité de nos malades - pour ne pas dire tous nos malades - donne l'impression d'avoir une personnalité de type hystérique. Certes, aucun ne présente de manifestations dites "de conversion", mais présente le même aspect caractériel. Ce sont des personnes- surtout nos malades femmes - très agréables. Elle sont d'un contact facile; elles tiennent à plaire et à se présenter sous un jour favorable. Elles vont au-devant des désirs de l'interrogateur et on retrouve chez elle volontiers ce besoin de s'exprimer, de s'exposer, de "s'exhiber" et cela, chez certaines de façon quasicaricaturale. Certaines, en effet, très rapidement, dès les premières phrases de la conversation, nous faisaient pénétrer dans le plus profond de leur vie intime, en particulier dans leurs relations vis à vis de leur famille et vis-à-vis de leur mari.

Ce besoin de se présenter sous un jour favorable témoigne d'une recherche affective, d'une quête affective. D'ailleurs, tout leur exposé - du moins lorsque l'on quitte le domaine de la description des symptômes - n'est qu'une suite de plaidoirie où les malades se décrivent dans une situation toujours favorable du moins à leur avis.

En effet, ce besoin d'affection traduit chez eux un égocentrisme considérable. Le monde ne semble exister que pour eux. lorsqu'ils décrivent leurs difficultés à vivre à l'intérieur d'H.L.M., on a l'impression que tout ce H.L.M. a été bâti en fonction de leur cas particulier et que l'ensemble de la collectivité n'a qu'à se comporter de façon conforme à leur désirs. lorsque le conjoint doit réagir, il doit réagir de cette même façon, c'est à dire très rapidement, et de façon affectueuse et approbative au moment où le malade en a besoin, et il doit savoir se montrer plus discret quand elle a besoin d'isolement. A cause de cette variabilité dans leurs désirs et de l'irritabilité que nous avons signalé dans notre texte, l'entourage accuse souvent les malades d'être lunatiques, de manquer de sincérité, d'avoir une vérité pour les uns et une vérité pour les autres En fait, il ne le semble pas. les malades sont toujours eux-mêmes, toujours sincères. Mais comme ils s'adaptent mal au monde extérieur, mais facilement à celui qui sait ou qui veut bien écouter, ils présentent les facettes diverses d'une même et seule personnalité, et cette présentation diverse en apparence se fait toujours avec la même sincérité absolue. L'intensité de leursréactions lorsque l'entourage ne réagit pas exactement comme ils le voudraient, n'est qu'un élément de cette sincérité.

Cette sincérité, ce besoin d'affection et d'approbation, cette nécessité de se présenter sous un jour favorable font que ce sont des malades agréables à interroger avec lesquels il est agréable de discuter, avec lesquels il est facile d'obtenir rapidement une chaleur affective réelle au cours de l'examen.

En outre l'agrement de cet examen est chez les malades de sexe feminin, rendu plus facile encore par l'aspect physique des malades. Certes, ce ne sont pas toutes des prix de beauté. Mais elles sont toujours habillées avec une certaine élégance, avec une certaine recherche. Dans l'ensemble, elles sont toujours propres. Même les personnes de milieu très modéré donnent une impression d'appartenir à un niveausocial nettement plus élevé qu'elles ne le sont en réalité. Il faut même reconnaitre que ce besoin de recherche est quelquefois chez celles qui appartiennent a un milieu plus aisé, un peu excessif. L'abondance des bijoux et l'aspect un peu avant garde de l'habillement ne sont pas toujours nécessairement de bon goût.

Caractère de type psychasthenique

Si chez à peu près tous nos malades nous avons retrouvé cette personnalité hystérique( ou hysteroïde si l'on ne veut pas employer le mot hystérique) avec une grande fréquence des tendances phobique, comme nous l'avons signalé lors de notre analyse séméiologique des malades, il faut reconnaitre que dans un nombre appréciable de cas on rencontre également des traits de la série obsessionnelle. Et dans plus du tiers de nos malades - très exactement dans 61 observations - on peut littéralement parler de personnalité "hystéro-psychasthénique". En effet, aux traits caractériels habituellement considérés comme hystériques, s'ajoute un caractère méticuleux, vérificateur , avec besoin de la vérification compulsive;Ce sont des malades qui regardent cinq ou six fois avant de se coucher si le gaz est fermé, qui se relèvent pour voir si la porte est fermée.

En outre, ces malades - aussi bien hommes que femmes - se disent " complexés ", en donnant au mot complexe le sens qu'il a dans le public, à savoir celui d'insatisfaction de soi-même, de manque de spontanéité et de naturel, et qui correspond grosso-modo à cet ensemble que Janet appelait "sentiment d'incomplétude".

Niveau Intellectuel

Tous les malades ne sont pas des agrégés d'université. Ce sont souvent des malades très simples, des mères de famille en possession simplement de leur certificat d'études, parfois même n'ayant pas pu l'obtenir. Chez les hommes, ce sont essentiellement des employés de bureau ou même des ouvriers. Mais il est à signaler que nous n'avons jamais porté sur nos observations le diagnostic de débilité mentale. C'est à dire que même si nos malades ne sont pas nécessairement des sujets très doués au point de vue intellectuel, ce ne sont pas non plus de grands arriérés.

Il semble donc que pour présenter une dépression névrotique, il est indispensable d'avoir un certain niveau intellectuel au-dessous duquel la symptomatologie est certainement différente et ne permet pas de constituer un tableau clinique si caractéristique de la dépression névrotique.

Loquacité -

La loquacité est noté 25 fois -(une sur six), les malades racontant leurs ennuis avec facilité, beaucoup de détails, avec une complaisance remarquable.

- Réticence -

Aussi, devant cette complaisance à s'expliquer et à raconter il peut être curieux de constater que dans 7 cas nos malades étaient manifestement réticents. Mais cette réticence des déprimés névrotiques n'a rien de comparable à la réticence des délires chroniques ou de certaines mélancolies. Il s'agit plutôt d'une simple réserve dans l'exposé des symptômes; réserve qui fond en général au cours de l'examen.

Dans les 7 observations les malades venaient... à la demande de leur famille : cela pouvait être une façon de protester volontairement contre cette décision. Cela pouvait être une façon inconsciente de nier sa maladie.

De toute façon, la réticence n'est pas globale. Certains symptômes anodins (ou jugés tels) sont reconnus et surtout le malade s'étend plus facilement sur ce qui n'est pas sa maladie, c'est à dire son existence, ses sentiments, ses difficultés personnelles.

Le plus souvent, avant la fin de la première consultation la reticence avait fondu. Là où elle avait persisté jusqu'à la fin, elle avait totalement disparu lors de la deuxième consultation.

Perturbations familiales

Parmi les éléments qui peuvent éventuellement perturber le développement psychologique d'un sujet, fragiliser celui-ci et le rendre ainsi, plus qu'un autre, apte à developper ultérieurement une dépression névrotique, on peut retenir les perturbations familiales de l'enfance.

Mais jusqu'à quel âge peut-on parler de l'enfance ? nous aurions pu choisir I2, I5, voire I8 ans. Pour que nos chiffres soient moins discutables nous n'avons retenu que des évènement s'étant produit dans les I0 premières années de l'existence. Et parmi ces événements, nous n'avons retenu également que des faits importants et indiscutables. Malgré cette sévérité, la fréquence de ces événements "traumatisants" est considérée Beaucoup plus grande que nous ne le pensions à priori.

A Desorganisation de la famille avant 5 ans

La plus souvent, dans les 29 observations qui les mentionnent ces perturbations sont dues à l'absence du père, soit mort, (II fois), soit prisonnier de guerre ou inconnu (4 fois).

Dans 6 cas on retrouve une absence de mère, soit décès, soit abandon, soit remariage mais sans les enfants du premier lit. Souvent alors l'éducation a été assurée par une nourrice (8 fois, mais aussi par une grand-mère (5 fois) ou par une cousine.

L'enfant a souffert de ce milieu familial, et devenu adulte il n'oublie pas ces souvenirs si lointains : "Mon beau-père, très renfermé ne s'occupait que de ses propres garçons"..."Mon père était toujours absent "Mon beau père buvait beaucoup" et j'étais élevée par une employée qui était très dure". "Mon père m'a beaucoup manqué"...

B Désorganisation dela famille entre 5 et I0 ans

Les causes de ces perturgations graves sont les mêmes que celles rencontrées avant 5 ans. Si nous avons fait 2 chapitres c'est pour voir s'il y avait une différence appréciable statistiquement

Or il est de fait que nous ne trouvons que II cas de dissociation familiale entre 5 et I0 ans, contre 20 avant 5 ans. La différence est considérable.

Comme vraisemblablement ces dissociations familiales se repartissent au cours des années, selon les lois du hasard, mais de façon assez homogène compte tenu du nombre de nos observations, il est donc légitime d'en tirer la conclusion qu'une dissociation de la famille est d'autant plus pathogène qu'elle se produit alors que l'enfant est plus jeune.

Là encore, la famille s'est séparée par suite du décès de la mère ou du père, d'une maladie ou d'un remariage. L'éducation de l'enfant a alors été assurée pendant une certaine période soit par des tantes, une amie, des religieuses, une institutrice ou par la bonne.

Les plaintes des malades sont les mêmes et les accusations identiques ; il y avait "mésentente avec ma belle mère, très nerveuse et qui avait une préférence pour sa propre fille" dit l'une des malades qui apporte ainsi 3 éléments souvent rencontrés : destruction de la famille initiale; jalousie ou rivalité fraternelle, sentiment de frustation et de carence d'affection.

Une autre "a quitté son pays d'origine à 7 ans et ne sait pas ce que sont devenus ses parents.

C Milieu familial perturbé.

C'est un facteur très fréquemment retrouvé (I02 observations soit 2 fois sur 3)

Sans citer toutes les observations nous allons esquisser à grands traits le schéma familial suivant :

Le Père

Très souvent il boit, éthylisme net dans la moitié des cas (nous sommes dans la Manche, cela peut expliquer en partie cet éthylisme fréquent). Il est violent, autoritaire, ne support pas le bruit et les cris des enfants; son retour est craint; il est difficile d'avoir un contact avec lui; tout le monde redoute ses réactions. Souvent il s'entend mal avec sa femme, la mésentente apparait aux enfants : cris , colères, coups. Quelquefois aussi le père est trop faible ou complètement absent du milieu familial (marin, prisonnier, militaire)

Voici par exemple une description du milieu familial par un malade "le ménage des parents ne marchait pas; le père avait un caractère faible, gentil, insouciant, il buvait mais n'était jamis ivre; nous avions peur de lui; on parlait souvent de suicide et à I0 ans j'ai trouvé mon père avec le révolver près de lui.

"Lepère buvait, il y avait des scènes et tout le monde vivait dans la terreur à partir de I7 heures, en attendant son retour.

La Mère

Outre la mésentente entre les parents, alle apparaît souvent nerveuse, autoritaire, sévère, dure manquant d'affection; témoignant parfois une préférence pour un autre enfant, ou bien négligeant ses enfants et sa maison.

A l'inverse, quelquefois il s'agit d'une mère poule, hyperprotectrice, perfectionniste, tendant aussi à exclure les amis et amies du cercle de famille "je me sens contractée, dès que je suis avec mes parents, il n'y a jamais de contact avec eux".

Une autre a eu l'impression d'être frustrée en affection "j'étais peut-être un monstre avide d'affection".

"Il y a toujours eu du laisser-aller chez nous, ma mère était malade ; la propreté de la maison était douteuse et la nourriture souvent insuffisante".

"Ma mère était peu affectueuse, ne caressait pas, ne cajolait pas".

Dans trois observations on retrouve une conduite incestueuse du père ou d'un oncle.

Dans 35 cas seulement, le milieu familial était normal ou signalé comme tel par la malade.

Mari plus jeune, femme plus âgée.

Nous nous étions posé la question de savoir si nos malades femmes, perturbées et frustrées dans leur soif d'affection, ne projeteraient pas leur frustration en épousant, une fois adulte, un mari plus jeune qu'elles, qu'elles auraient en quelque sorte "maternè". Nous avons retrouvé ce mariage avec un mari nettement plus jeune dans 9 observations ; mais nous n'avons pas pu obtenir de statistiques précises sur le pourcentage de femmes plus âgées que leur mari dans la Manche, si bien que nous ne savons pas si notre chiffre, d'ailleurs assez bas, a une quelconque signification.

## ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES PERSONNELS OU FAMILIAUX

Parmi les éléments marquants de la personnalité de nos malades il semble difficile d'ignorer leurs antécédents personnels et familiaux sur le plan psychiatrique.

On retrouve chez nos 150 malades 32 d'entr'eux qui ont présenté des antécédents psychiatriques.

Dans 21 des cas, il s'agissait d'antécédents dépressifs,
Dans 6 cas il s'agissait d'antécédents d'excitation,
Dans 5 cas il y a eu des antécédents psychiatriques.

Mais il n'a pas été possible de savoir exactement quels étaient les troubles présentés alors par les malades.

Il faut rappeler que ces 32 cas de troubles psychiatriques antérieurs surviennent chez des sujets relativement jeunes.

Les antécédents familiaux sont plus lourdement chargés. On trouve en effet, 64 observations où il y a une ou plusieurs atteintes psychiatriques dans le milieu familial (17 fois le père, 29 fois la mère, 4 fois l'un ou l'autre des grands-parents, 25 fois le frère ou la soeur, 46 fois d'autres parents tels que des oncles, tantes ou cousins, et dans 3 cas le père et la mère avaient été l'un et l'autre atteints).

Il n'est pas possible de faire dire à ces chiffres plus qu'ils ne le disent : l'existence de ces 64 cas d'antécédents familiaux ne prouve ni plus ni moins que les chiffres antérieurement publiés et nous n'en tirerons aucune conclusion sur lhérédité des troubles psychiatriques.

Mais il est nécessaire d'insister sur la fréquence de ces troubles lorsque l'on sait combien les troubles mentaux dans une famille perturbe le milieu familial et marquent les enfants soit par l'ambience créée par la maladie, soit par la diminution des qualités éducatives des parents frappés par la maladie.

## CAUSES DECLENCHANTES

Les dépressions névrotiques ont souvent, aux yeux des malades, une cause bien précise.

1°) PUERPERALITE : Parmi ces causes déclenchantes, la puerpéralité est souvent invoquée. Elle a été d'ailleurs souvent retrouvée puisque 24 de nos observations la signalent, soit 1 cas sur 6.

La date d'apparition de la dépression névrotique par rapport au moment de cette puerpéralité est très variable. Il est rare cependant qu'elle survienne dans les premiers mois. En général les troubles apparaissent à partir du troisième mois de la grossesse jusque vers le troisième mois après l'accouchement.

La symptomatologie des dépressions névrotiques déclenchées par la puerpéralité n'a rien de particulier. On y note avec une certaine fréquence des phobies, en particulier des phobies d'impulsion à un acte agressif à l'égard des nourrissons ou des phobies d'objets divers (épingles, ciseaux...). Mais ces phobies sont inconstantes. Par ailleurs, l'existence d'un enfant supplémentaire apporte quelquefois des préoccupations supplémentaires et des sujets d'inquiétude aux malades. Elles expriment leurs craintes. Mais tout cela ne modifie pas de façon appréciable la symptomatologie que l'on rencontre dans les dépressions névrotiques d'origine non puerpérale.

2°) AUTRES CAUSES : Nous signalons que nous ne retenons que les causes invoquées par les malades, même si ces causes ne semblent pas l'élément essentiel pour l'examinateur.

Dans 43 observations, des causes diverses sont invoquées par les malades.

Parfois, il s'agit de raisons qui semblent légitimes car il s'agit de causes pénibles telles que la maladie du mari, ou la maladie de la femme, ou la maladie des enfants. Cela peut être également une maladie ou un accident de travail ou une mise en chômage du malade. Cela peut-être la disparition d'un être cher telle que la mort d'unparent, mère ou membre de la frâtrie.

Parmi les causes également "compréhensibles", il faut également noter les déceptions sentimentales, les ruptures de fiançailles, les échecs aux examens.

Parfois la cause invoquée, est une cause qui à première vue, est un événement heureux. C'est la réussite au bac d'un enfant et la perspective de son inscription à la faculté. C'est une promotion sociale. Dans quelques cas, c'est quelques jours avant les fiançailles ou quelques jours avant le mariage que la dépression est apparue.

Parfois la cause invoquée est d'importance en apparence modérée. Il s'agit, par exemple, de problème de voisinage, de la promiscuité de certains voisins qui sont accusés de sans-gêne, de l'ambiance désagréable du travail dans un bureau. Parmi les causes présentant une certaine fréquence, il faut signaler les déménagements. L'importance de l'éloignement provoquée par le déménagement n'est pas un élément qui entre en ligne de compte. Ce qui entre en ligne de compte, c'est le déménagement lui-même. La dépression ne sera pas plus importante si le sujet a traversé toute la France que s'il ne s'est déplacé que de quelques kilomètres.

Une de nos observations nous montre le cas d'une dépression névrotique sévère chez une malade qui avait changé d'habitation, (d'ailleurs contre son gré et parce que son logement était repris), elle s'était

réinstallée dans des conditions extérieures améliorées à trois cents mètres de son ancien logis. Mais elle était convaincue qu'elle ne s'habituerait jamais là où elle se trouvait, que les voisins étaient tout à fait différents de ceux qu'elle avait antérieurement et son découragement était considérable.

Dans tous ces cas, on pourrait dire en quelque sorte que la dépression névrotique est "réactionnaire", c'est-à-dire qu'elle apparaît de façon en apparence logique et en apparence immédiatement compréhensible après un événement important personnel.

Cependant, les choses ne sont pas toujours aussi simples et la "logique" n'est pas toujours celle que met en avant le malade. On le conçoit déjà lorsqu'on est en présence d'une dépression apparaissant après un événement heureux tel que le mariage des enfants. Bien sur, dans ces cas, on peut toujours se dire que c'est moins le mariage que le bonheur de l'enfant qui est la cause de la dépression que son départ prochain et sa perte sur le plan affectif. Cela est beaucoup plus net lorsque l'événement invoqué cache un autre événement passé sous silence. L'une de nos malades expliquait sa dépression par l'ambiance désagréable qui existait dans son bureau. En fait, elle présentait une inclination des plus nettes à l'égard de son chef de service ; mais il s'était créé une idylle (le terme est d'elle) entre ce chef de service pourtant marié et une autre collègue du même bureau.

Une autre malade accuse un voyage d'une seule étape depuis la Manche jusqu'à Grenoble, et la fatigue que ce voyage a provoqué, d'être les causes de sa dépression. Or, cette dépression est apparue à Grenoble, et après un long voyage certes, mais surtout est apparue vingt-quatre heures après le remariage du père qui l'avait élevée durant toute son enfance et auquel elle restait fortement attachée.

En résumé, les dépressions névrotiques sont souvent des dépressions réactionnelles, en donnant au mot "réactionnel" son sens

classique de secondaire à une cause immédiatement "compréhensible", même si dans certains cas, la cause invoquée en cache une autre beaucoup plus importante (67 cas sur 150).

En fait, si on quitte les explications de surface fournies par les malades et qu'on cherche des causes déclenchantes possibles mais pouvant passer inaperçues à leurs yeux car non immédiatement "compréhensibles", on note alors que ces dépressions névrotiques sont "réactionnelles" dans un nombre bien plus considérable de cas. Mais c'est parce que le psychiatre a une conception déterminée des problèmes affectifs de son malade qu'il retient ces causes que le malade ne voit pas.

On quitte alors la symptomatologie véritable pour entrer dans le domaine pathogénique. C'est donc hors de notre sujet, mais nous ne pouvons pas ne pas signaler ce point qui nous semble important.

En résumé :

Pour résumer la symptomatologie des dépressions névrotiques, nous présentons dans un chapitre les différents symptômes de la dépression névrotique tels que nous les avons observés lors du dépouillement de nos 150 observations, en les classant par ordre de fréquence décroissante. Dans une colonne, en face de chaque symptôme, nous plaçons le nombre de cas dans lesquels nous avons rencontré les symptômes. Dans une seule colonne, nous marquons le nombre de cas où ces symptômes ont été la cause de consultation. Par exemple :

lère colonne : X observations - 2ème colonne : Y observations
etc. etc.

Par comparaison avec ces différents symptômes placés par fréquence décroissante, nous allons maintenant énumérer ces mêmes symptômes selon la fréquence avec laquelle ils entraînent une consultation. Pour tenir compte que le malade ne vient pas habituellement consulter pour un seul symptôme ou pour un seul type de trouble mais pour plusieurs symptômes ou plusieurs troubles, nous avons laissé parler spontanément nos malades et nous avons relevé systématiquement sur nos observations les symptômes au fur et à mesure qu'ils étaient exposés.

Nous avons retenu pour l'ordre de classement des symptômes amenant à consulter la fréquence des trois premiers symptômes signalés par les malades.

Comme précédemment, nous allons énumérer ces symptômes en mettant en face de chacun d'eux, dans une première colonne le nombre de cas où ils ont été la cause de la première consultation, dans une seconde colonne le cas où ils ont été rencontrés dans les observations.

| Symptômes | Nombre de cas | Cause de consultation |
|---|---|---|
| ngoisse | 137 | 53 |
| ristesse | 129 | 43 |
| goraphobie et phobies | 121 | 9 |
| roubles catériels | 117 | 15 |
| éphalées | 108 | 38 |
| nsomnie | 102 | 30 |
| sthénie | 96 | 39 |
| ariabilité de l'état | 96 | 36 |
| yperémotivité | 91 | 4 |
| ête creuse | 89 | 11 |
| yperesthésie aux bruits | 86 | 3 |
| roubles amnésiques | 82 | 10 |
| norexie | 81 | |
| laximum de troubles le matin | 80 | |
| roubles d'allure cardio-vasculaire | 77 | 11 |
| égoût du travail | 76 | 10 |
| ouleurs | 76 | 29 |
| utres signes physiques | 76 | 1 |
| roubles digestifs | 70 | 4 |
| fficacité des divertissements | 62 | |
| odification de la conscience | 58 | |
| rigidité pendant la maladie | 54 | |
| rilosité | 53 | |
| atigabilité rapide | 44 | |
| roubles des règles | 44 | 2 |
| omissements et envies pendant grossesse | 41 | 2 |
| rises de nerfs | 39 | 28 |
| dées de suicide | 39 | |
| êves et cauchemars | 34 | 2 |
| omnolence diurne | 34 | |
| yperesthésie à la lumière | 33 | |
| roubles visuels | 29 | 3 |
| egrets | 27 | |
| solement | 20 | |
| ggravation par visites et divertissements | 20 | 1 |

| | Nombre de cas | Cause de consultation |
|---|---|---|
| Tentatives de suicide | 16 | 1 |
| Appoint toxique | 11 | |
| Mari plus jeune, femme plus âgée | 9 | |
| Diminution de la puissance sexuelle | 8 | |
| Jalousie | 8 | |
| Réticence | 7 | |
| Idées délirantes | 4 | |
| Indifférence | 3 | |

| | Cause de consultation | Nombre de cas |
|---|---|---|
| Angoisse | 53 | 137 |
| Tristesse | 43 | 129 |
| Céphalées | 38 | 108 |
| Asthénie | 36 | 96 |
| Insomnie | 30 | 102 |
| Douleurs | 29 | 76 |
| Crises de nerfs | 28 | 39 |
| Troubles caractériels | 15 | 117 |
| Tête creuse | 11 | 89 |
| Troubles d'allure cardio-vasculaire | 11 | 77 |
| Troubles amnésiques | 10 | 82 |
| Dégoût du travail | 10 | 76 |
| Agoraphobie et phobies | 9 | 121 |
| Hyperémotivité | 4 | 91 |
| Troubles digestifs | 4 | 70 |
| Hyperasthésie aux bruits | 3 | 86 |
| Troubles visuels | 3 | 29 |
| Troubles des règles | 2 | 44 |
| Vomissements et envies lors des grossesses | 2 | 41 |
| Rêves et cauchemars | 2 | 34 |
| Autres signes physiques | 1 | 76 |
| Tentatives de suicide | 1 | 16 |
| Aggravation par visites et divertissements | 1 | 20 |

## FORMES CLINIQUES

Toutes les dépressions névrotiques ont un certain "air de famille" et c'est d'ailleurs pour cela qu'elles sont groupées sous ce terme général de "dépressions névrotiques". Cet air de famille est lié d'une part à la symptômatologie proprement dite et d'autre part à la personnalité particulière du malade qui en est frappé.

Cependant, malgré les similitudes, il faut bien reconnaître qu'il existe quelques groupements symptomatiques qui font que cliniquement toutes les dépressions névrotiques ne sont pas exactement identiques les unes aux autres. On pourrait, certes, décrire de multiples formules cliniques. Mais une telle division, si elle est trop abondante, n'aurait pas de valeur. Il faut se borner à de grandes divisions. C'est pour cela qu'en réduisant au minimum ces formes cliniques, nous pensons que l'on peut distinguer :

1°) Les dépressions névrotiques moyennes :

Ce sont de beaucoup les dépressions les plus nombreuses. On peut estimer que 131 de nos 150 observations correspondant à cette forme moyenne. Il faut reconnaître qu'il y avait certes beaucoup de différence de l'une à l'autre. Mais quel que soit leur aspect clinique particulier, elles ont en commun de présenter sous une forme ou sous une autre un certain nombre, et le plus souvent la majorité, des différents signes que nous avons décrits.

Ces malades présentent une angoisse d'intensité variable dont la localisation quelquefois précise donne un aspect pseudosomatique qui s'accompagne assez souvent de phobies diverses et en particulier d'agoraphobie. Il s'y ajoute une tristesse plus ou moins grande, du découragement, un sentiment d'impuissance, un dégoût du travail et de l'existence entraînant des idées de suicide. Celles-ci sont plus ou moins actives et entraînent avec une certaine fréquence des tentatives réelles de suicide plus spectaculaires qu'efficaces. A cette angoisse et à cette tristesse s'ajoutent de l'hyperémotivité qui augmente d'ailleurs l'angoisse et les troubles

caractériels avec besoin de diriger la famille et l'entourage et quête affective considérable. Tout cela se termine quelquefois par des crises de nerfs véritables.

Mais quelle que soit l'intensité de cette symptomatologie, quelle que soit l'hyperesthésie au bruit et à la lumière, il faut noter que l'état des malades est variable d'un moment à l'autre avec le plus souvent une très forte diminution, voire même disparition, de la symptomatologie sous l'influence de visites amicales. Ces dépressions névrotiques s'accompagnent avec une fréquence assez étonnante de modification de la conscience sous forme de sentiments de bizarrerie et d'irréalité et entraînent une difficulté du travail physique, et surtout du travail intellectuel. Elles s'accompagnent de céphalées, d'asthénie, d'anorexie, de troubles digestifs divers, de palpitations, de tachycardie ainsi que d'autres phénomènes pseudo-cardio-vasculaires. L'insomnie est fréquente avec des cauchemars abondants suivis d'un réveil prénible où les signes sont souvent au maximum. En outre, il y a une baisse de sexualité avec, chez les femmes, une frigidité fréquente.

2°) Les dépressions névrotiques à forme hypocondriaque :

Cette forme est relativement fréquente puisqu'on l'a rencontrée 19 fois, c'est-à-dire une fois sur sept environ. Ces cas correspondent de façon précise aux anciennes descriptions de la neurasthénie. Dans ces formes, l la symptomatologie n'est pas toujours aussi bruyante que dans les formes précédentes. L'angoisse y est plus terne, moins spectaculaire. Les localisations laryngées, thoraciques, précordiales épigastriques, abdominales donnent une symptomatologie pseudo-organique très marquée. Il n'est pas jusqu'aux agoraphobies dont la persistance et l'intensité des troubles n'évoquent quelques manifestations O.R.L.

La tristesse se manifeste moins par un dégoût profond de l'existence que par un taedium vitae assez terne, entraînant une diminution de la vitalité de ces sujets qui sont quelque peu ralentis et dont les conversations tournent toujours autour de leurs troubles. C'est dans ces cas que

l'asthénie et le manque de courage dominent beaucoup plus que l'irritabilité ou que les troubles du caractère qui sont moins marqués. Les sujets diminuent leur activité car constatent une accentuation de leurs troubles sous l'influence du travail. Ce sont ceux chez lesquels les visites, les distractions sont les moins efficaces. Souvent ces distractions, ces sorties, ces promenades, ces divertissements entraînent une exacerbation des troubles. Ce sont ces malades qui, à chaque retour de vacances reviennent épuisés et se feraient presque plaindre d'avoir obtenu un mois de vacances sur la Côte d'Azur ! Chez ces malades, le travail intellectuel est pénible ; la sensation de tête creuse est fréquente ; les céphalées, les troubles digestifs sont au maximum. Ces troubles digestifs, qui surviennent chez ces sujets assez volontiers longilignes, s'accompagnent parfois d'une ptose gastrique mise en évidence par les radios. La constipation y est également fréquente. Cela correspond tout à fait à la symptomatologie de la "léiasthénie" qu'avaient décrits autrefois certains médecins somaticiens qui avaient été frappés dans cette symptomatologie organique de la fréquence des troubles du caractère et de la personnalité. Si bien que ces somaticiens purent en arriver à plaisanter et à conseiller au candidat au mariage de demander à sa fiancée, plutôt que sa photographie, une radiographie intestinale ! C'est dans ces cas-là aussi que les troubles cardio-vasculaires, les douleurs diverses en particulier, les douleurs vertébrales sont très marquées. Ce sont des malades qui ont consulté des chiropracteurs avant de consulter des psychiatres. Les troubles des règles sont un domaine privilégié de ces malades. Les règles sont douloureuses, abondantes. Elles sont l'objet essentiel de leur conversation. Il paraît que le mauvais temps a été accordé aux anglais pour leur donner un sujet de conversation. De même, on a l'impression que les règles de ces femmes, jeunes ou plus âgées, leur ont été données uniquement pour servir de sujet de conversation, et de réponse à toutes les questions concernant leur santé. Inutile de préciser que ces femmes sont frigides et que chez elles l'intolérance névrotique aux médicaments est au maximum. Ce sont les formes les plus tenaces, celles où la thérapeutique est le plus difficilement acceptée et celles où il est toujours imprudent d'espérer des transformations.

3° - Les dépressions névrotiques à forme de névrose d'angoisse :

Ces névroses d'angoisse sont une affection assez rare puisque nous n'avons trouvé que trois cas sur 150 qui ont mérité véritablement cette hospitalisation. Ce n'est pas que les crises d'angoisse soient rares dans la dépression névrotique. Mais dans cette forme clinique, nous isolons cette angoisse. L'angoisse résume à peu près toute la symptomatologie. Cette angoisse se présente essentiellement sous forme de brusques bouffées épouvantables, horriblement pénibles pour les malades qui ont l'impression qu'elles vont mourir. Cela s'accompagne d'une abondance de manifestations organiques (les signes habituels de l'angoisse). Puis la crise d'angoisse calmée, le malade va vivre plus ou moins normalement. Puis, ultérieurement, une nouvelle crise apparaît et à nouveau se calme.

Cependant, entre les crises, le malade n'est pas totalement normal. Il conserve des tendances dépressives, certes peu bruyantes, peu marquées, surtout à côté des paroxysmes si pénibles. Mais cette symptomatologie dépressive doit être recherchée et elle est facilement retrouvée, même si dans ces cas les malades ont tendance à la minimiser pour mieux faire ressortir l'intensité de leurs crises paroxystiques.

Cette persistance de la symptomatologie dépressive entre les crises permet donc de rattacher cette névrose d'angoisse aux dépressions névrotiques. D'ailleurs, la personnalité de nos trois malades atteintes (il s'agissait de trois femmes) de cette forme clinique ne nous a pas paru différente des autres formes.

A noter en outre que deux de ces trois malades n'employaient pas une méthode contraceptive basée sur le coït interrompu.

4° - Formes selon l'intensité et selon la symptomatologie :

A la place de ces trois grandes formes cliniques, on pourrait décrire de nombreuses autres formes cliniques basées sur la symptomatologie selon que celle-ci est constituée par l'angoisse ou par la tristesse, ou par l'aspect pseudo-organique des troubles , ou par la baisse du rendement

intellectuel, etc ... On pourrait même décrire à l'égal de ce qui avait été décrit autrefois dans la mélancolie, des formes pauci-symptomatiques, voire même des formes monosymptomatiques. Nous pensons à des observations en dehors de ces 150 malades qui se présentaient comme des insomniaques, comme des céphalalgiques, voire même comme des migraineux et où la thérapeutique antidépressive, employée de façon un peu systématique soit parce qu'il avait existé des antécédents dépressifs, soit parce que les malades présentaient une personnalité de type hystéro-phobique ou hystéro-psychasthénique, a introduit des résultats considérables.

Mais ces multiples formes n'apporteraient pas d'éléments essentiels et il ne semble donc pas utile de les multiplier.

## DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

Lorsque se présente chez nos malades la symptomalagie que nous venons de décrire, le diagnostic des dépressions névrotiques est relativement facile. Et il faut bien reconnaître que ce diagnostic est davantage basé sur la façon dont le contact a été établi avec le malade qu'avec la symptomatologie proprement dite.

### A) - Mélancolie -

Le premier diagnostic différentiel qui s'impose est celui de la mélancolie.

Dès le symposium de 1954 (publié dans l'Evolution Psychiatrique de 1955), le Docteur Henry EY avait donné un tableau très parlant dans lequel il opposait, en quelque sorte point par point, la dépression névrotique et la mélancolie, ces deux affections s'opposant en effet tant sur le plan étiopathogénique que sur le plan sémiologique et sur les différents autres plans.

Mais EY lui-même, dans un deuxième tableau, comparaît sa statistique personnelle de malades présentant l'une ou l'autre de ces deux affections et alors l'opposition entre les deux était beaucoup moins nette.

Il en est de même dans nos observations puisque nous constatons que l'héridité chez nos malades se trouve dans 4,25 % des cas, que l'origine réactionnelle de nos dépressions névrotiques n'est retrouvée que dans 4 % des cas et par contre que l'efficacité de la thérapeutique biologique est considérable. Les E.C. sous curare eux-mêmes (dans 1 cas sur 5 de nos malades) ont une efficacité à peu près identique à celle de la mélancolie ce qui nous rapproche encore des deux affections.

Ce qui aide au diagnostic, c'est que la symptomatologie dans la dépression névrotique semble moins "profonde" que dans la mélancolie. Le névrotique reste attaché à la réalité et vit dans la réalité de tous les jours. Cette réalité de tous les jours est d'ailleurs pour lui tantôt un élément favorable, tantôt un élément défavorable car il recherche profondément le contact avec l'entourage et avec autrui alors que dans la mélancolie le malade semble s'être détaché pour vivre intensément dans sa "dépression", laquelle entraîne une rupture avec la personnalité antérieure du malade.

Mais tout ceci c'est un peu de la théorie et l'expérience prouve qu'il est difficile dans certains cas de savoir si l'on doit classer la dépression d'un malade déterminé dans la mélancolie ou dans la dépression névrotique. Au cours de l'évolution des dépressions névrotiques les plus pures existent des phases d'aggravation de la maladie qui sont telles que l'on peut parler à certains moments d'aspect mélancolique. Au cours de la mélancolie la plus vraie, il existe chez certains malades une présentation névrotique. En outre, quand la mélancolie s'améliore, l'aspect névrotique du malade transparaît mieux. C'est dire que si très souvent, il est facile de trancher et de classer dans un côté ou dans l'autre le malade en question, il y a des cas difficiles pour lesquels il serait imprudent de vouloir trancher puisqu'il n'existe pas de "dichotomie" fondamentale dans la symptomatologie de nos malades.

B) - Schizohrenie -

Aucun de nos 150 malades qui ont servi de base à notre travail n'a évolué vers un état schizophrénique. Cela ne veut pas dire que la distinction entre la dépression névrotique et un état schizophrénique, en particulier un état schizophrénique au début, soit facile.

Si aucun de nos 150 malades n'a évolué vers un état schizophrénique c'est uniquement par un artifice : nous avons éliminé systématiquement toutes les observations que nous avons d'avord qualifiées de dépression névrotique et dont l'évolution n'a pas été "franche" c'est-à-dire dont l'évolution s'est faite de façon un peu atypique, voire même de façon typiquement schizophrène. Cela a été établi pour décrire une forme "moyenne" de la dépression névrotique. Mais évidemment cela ne correspond pas à la réalité clinique et évolutive.

Bien entendu, faire une distinction entre une dépression névrotique typique et un état schizophrénique non moins typique avec discordances multiples, autisme, voire existence d'éléments catatoniques ou d'éléments délirants plus ou moins nets, même s'il existe dans ces cas-là une petite tendance dépressive, ne se pose pas. Le problèmeprend un aspect tout à fait différent lorsqu'on est en présence d'une forme de début d'un état schizophrénique et en particulier d'un début dépressif. Souvent dans ce cas, l'aspect de la maladie n'est pas un aspect franchement psychotique. Le malade semble conserver des attaches avec la réalité et être moins "profondément" touché que dans un état mélancolique. On note, en effet, chez les schizophrènes la même tendance à s'analyser que chez les déprimés névrotiques, la même présence de crises de nerfs, la même présence de tendances phobiques, le même aspect peu convaincant des réactions suicidaires. Et très souvent, le diagnostic des schizophrénies à forme dépressive n'est pas celui qui vient le premier. Ce diagnostic ne vient pas le premier d'abord parce que les dépressions névrotiques sont plus fréquentes et ensuite parce qu'on le veuille ou non au mot "schizophrénie" reste attachée une conviction de pronostic défavorable, mais enfin et surtout, tout simplement parce qu'il n'est pas facile de trancher et que pendant plus

ou moins longtemps une certitude n'est pas possible sur le plan strictement clinique.

Ce n'est qu'après un recul que s'installent des signes évocateurs d'évolution schizophrénique tels qu'une stéréotypie dans la présentation, une mauvaise qualité du contact, un détachement du sujet vis-à-vis de ses propres symptômes, l'importance des troubles de dépersonnalisation et plus tardivement encore les bizarreries du comportement.

Il est certains examens psychologiques qui permettraient certes dans ces cas difficiles d'aider au diagnostic et de reconnaître plus rapidement l'allure schizophrénique de certaines de ces dépressions en apparence névrotique (M.M.P.I. ; RORSCHACH en particulier). Mais notre travail est un travail uniquement clinique et nous ne voulons pas aborder ce problème de réponses aux tests mentaux.

Si bien que lorsqu'on se borne à la clinique, le diagnostic entre une dépression névrotique et un état schizophrénique est un diagnostic particulièrement difficile dans un certain nombre de cas, disgnostic souvent plus difficile que celui qui se pose entre une dépression névrotique et un état mélancolique.

C) - Hystérie

Pour dire vrai, le diagnostic entre la dépression névrotique et l'hystérie ne se pose pas.

Dans leur symptomatologie clinique habituelle, il n'y a aucun rapport entre la symptomatologie dépressive de nos malades et la symptomatologie des phénomènes dits "de conversion" que l'on rencontre classiquement chez les malades hystériques. Le diagnostic semble d'autant se poser que chez les malades présentant de tels phénomènes "de conversion", il n'existe classiquement pas d'anxiété, pas de tendance dépressive. CHARCOT, comme on le sait, parlait "de la belle indifférence" de ce type de malades.

Il faut cependant reconnaître que cliniquement les choses ne sont pas toujours aussi nettes et que l'indifférence des hystériques "à la CHARCOT" est loin d'être la règle absolue.

Le diagnostic entre la dépression névrotique et hystérie au sens large du mot ne se pose pas car le terrain psychologique sur lequel évolue les deux affections, est le même. Dans ces conditions, il est illusoire d'essayer de faire un diagnostic différentiel entre la dépression névrotique et l'hystérie puisque justement la dépression névrotique n'apparaît guère que chez les malades hystériques, au moins par leur personnalité.

Les médecins militaires avaient déjà depuis longtemps constaté que les grandes manifestations hystériques à type de paralysie, à type de contracture, à type d'anestésie, que l'on constatait autrefois avaient disparu. Ce qui était monnaie courante pendant la guerre de 1914 ne l'était plus pendant la guerre de 1939-1945. Par contre, on avait constaté que ces phénomènes hystériques qui avaient à peu près totalement disparu chez le malade européen instruit et "évolué" existaient encore avec une grande fréquence dans la population militaire originaire des pays d'Afrique, dits actuellement sous-developpés. Et ces mêmes médecins militaires avaient constaté que chez les Européens, par contre, des phénomènes neuro-végétatifs étaient particulièrement fréquents.

Ne pourrait-on pas penser que la dépression névrotique est en quelque sorte la forme moderne de l'hystérie et que celle-ci se serait présentée autrefois sous forme pseudo-neurologique, puis sous forme neuro-végétative et psychosomatique, se présente enfin actuellement sous une forme dépressive ? Il s'agirait donc d'une même maladie se présentant selon les époques et selon les degrés d'instruction et de sensibilité des sujets sous une forme diverse. (Nous rappelons que nous n'avons pas rencontré de dépressions névrotiques chez des malades profondément arriérés intellectuels).

Tout ceci pour montrer qu'il n'y a pas de diagnostic différentiel à faire entre la dépression névrotique et de l'hystérie puisqu'il s'agit en fait de la même affection.

D - AFFECTIONS ORGANIQUES.

Nous rappelons la fréquence avec laquelle nos malades présentent une symptomatologie pseudo-organique (symptomatologie digestive, symptomatologie cardio-vasculaire, symptomatologie O.R.L., etc.) Il n'est aucune de ces localisations prédominantes de l'angoisse des déprimés névrotiques qui ne puissent faire discuter un éventuel diagnostic organique. D'ailleurs, il faut savoir que même en présence d'une dépression névrotique absolument caractérisée, il est nécessaire de faire une investigation organique complète ou un investigation spécialisée lorsque la symptomatologie est un peu inhabituelle. Le fait de présenter une dépression névrotique ne met pas à l'abri d'une affection digestive, cardio-vasculaire, O.R.L. ou respiratoire véritable.

On pourrait également discuter, devant cette symptomatologie pseudo-organique, les affections psychosomatiques. Mais il faudrait d'abord définir ce qu'est une affection psychosomatique. Il s'agirait là d'un travail trop considérable. Quand on saura ce que c'est exactement qu'une affection psychosomatique, peut-être sera-t-il possible de discuter ce diagnostic avec la dépression névrotique. Mais actuellement, malgré de belles observations d'espèces et malgré les publications très savantes et remarquables, il faut bien reconnaître que le chapître des affections psychosomatiques est un chapître bien peu structuré et qu'on y trouve de tout, y compris des phénomènes de nature hystérique.

## EVOLUTION

Grâce à ces diverses thérapeutiques, l'évolution des dépressions névrotiques est en général favorable si du moins le malade accepte d'être soigné le temps nécessaire. Mais il ne s'agit pas d'une évolution brève et d'autre part si l'on peut parler d'évolution favorable, il ne faut pas parler d'évolution ni facile, ni simple.

I° Dans les cas les plus favorables, il peut arriver que la maladie disparaisse progressivement et rapidement et l'on peut voir des guérisons cliniques, en apparence totales, se produire avec un maximum de six mois de thérapeutique médicamenteuse. Dans ces cas, la tristesse diminue, les forces reviennent, le découragement disparait progressivement l'angoisse se fait moins marquée - quoique se reproduisent sous l'effet d'une émotion? Les céphalées se calment. Cependant, les céphalées occipitales ou les cervicalgies ont assez tendance à se reproduire après un effort un peu prolongé ou après une fatigue alors q e les autres signes ont disparu. L'appétit également revient. Souvent le malade reprend plusieurs kilos, ce dont en général il est très satisfait. Le sommeil se produit d'abord avec des doses nettement diminuées de médicaments ou peut revenir sans aucun médicament. Mais il faut reconnaitre que l'insomnie est souvent le signe le plus rebelle et que, d'autre part, lorsque le sommeil est revenu les rêves et les cauchemars sont souvent particulièrement tenaces. Chez l'hommes, la diminution de la puissance sexuelle s'améliore et chez la femme il y a une disparition progressive de la frigidité et retour progressif à une sexualité semblable à celle qui existait antérieurement.

2° Il y a des cas défavorables où la maladie n'est nullement influencée par la thérapeutique médicamenteuse. C'est dans ces cas là que l'hospitalisation est nécessaire et ces dans ces cas-là que les électro chocs sous curare se trouvent indiqués et avec un résultat très favorable.

3° Il y a aussi et surtout tous les cas intermédiaires où la maladie évolue avec des phases d'amélioration et des phases d'aggravation. Lorsque le malades est régulièrement suivi il y a en général une amélioration nette de la symptomatologie. Mais chez certains malades il faut poursuivre la thérapeutique médicamenteuses pendant des années. L'arrêt de la thérapeutique provoque beaucoup plus qu'une petite "réaction déceptive" : il provoque une rechute indiscutable plus ou moins complète lorsque l'abandon est prolongé malgré la réapparition de la symptomatologie dépressive. Par contre, nous avons des malades qui se soignent depuis plus de cinq ans ou sept ans avec des thymoanaleptiques à faibles doses (par exemples: 25 ou 50 mngr d'Amitriptyline ou d'Anafranil), et qui grâce à la poursuite de cette thérapeutique, sont suffisamment améliorés pour pouvoir vivre de façon quasinormale.

Cependant, il faut signaler que même" guéris" ces malades restent des malades fragiles. Ils conservent, bien sur leur personnalité et leur caractère antérieurs. Et ce type de personnalité en fait des sujets particulièrement sensibles à tout ce qui est frustration, agression Ils réagissent de façon toujours exagérée et toujours dans un sens dépressif Si bien que si le pronostic immédiat des cas qui sont appelés à voir le psychiatre est dans l'ensemble favorable; il faut bien reconnaitre que la depression névrotique témoigne de la part du malade d'une grande fragilité Si bien que dans un certain nombre de cas la dépression névrotique constitue presque un mode de vie habituel.

## TRAITEMENT

Notre travail se veut essentiellement clinique. Aussi, nous serons brefs sur le problème de la thérapeutique. Cela est d'autant plus indispensable que nos observations sont anciennes (les plus récentes sont déjà agées de Six ans) et que depuis lors des médicaments nouveaux sont apparus alors que certains que nous avions utilisés largement sont actuellement beaucoup moins employés. Mais cela nous permettra de décrire le comportement du malade vis-à-vis de son traitement.

Ceci dit disons qu'en règle nous avons utilisé chez nos malades des thymoanaleptiques et d'autre part des tranquillisants et accessoirement d'autres types de médicaments.

I° THYMOANALEPTIQUES - Nous avons utilisés les thymoanaleptiques dont nous disposions à l'époque, à savoir : le Tofranil, le Surmontil le Laroxyl d'une part et les I.M.A.O. d'autre part. Nous avons toujours commencé par les thymoanaleptiques de la série tricyclique. Et en cas d'échec nous avons utilisé les I.M.A.O. (essentiellement le Niamide et plus accessoirement le Marplan, le Sursum et le Nardelzine.)

Lors de nos premières observations, nous avons même utilisé l'association antidépresseurs tricycliques et I.M.A.O. dans 25 Cas, on peut noter que cette association, très déconseillée depuis lors et que nous n'utilisons plus nous-mêmes, a été dans ces 25 cas parfaitement tolérée et semble avoir eu dans un nombre appréciable d'observations une action supérieure à celle d' l'un ou de l'autre type de ces antidépresseurs, employé isolément.

Les doses que nous avons utilisées ont toujours été modérées. Nous n'avons jamais dépassé chaque jour 75 mmgr de Tofranil ou I50 mmgr de Surmontil.

2° TRANQUILLISANTS Les tranquillisants utilisés ont été ceux de l'époque a savoir le Procalmadiol, la Benactysine, le Librium, l'Atarax, le Théralène, le Valium.

Là encore les doses utilisées ont été modérées de façon à essayer d'obtenir une baisse de l'angoisse sans provoquer de somnolence trop marquée chez les malades.

Ces tranquillisants ont toujours été employés en association avec les antidépresseurs.

3° Nous avons assez souvent (dans 30 cas) utilisé un neuroleptique, mais en général uniquement le soir au coucher, en association avec un somnifère de façon à essayer d'obtenir une diminution de la dose des barbituriques utilisés. Les produits que nous avons utilisés (et qui sont toujours employés à l'heure actuelle) étaient le **Largactil, le Nozinan, le Melleril.**

4° Nous avons utilisé d'autres produits mais comme adjuvants des "fortifiants" et des"sthéniques" sous forme en général d'ampoules buvables car nous avions remarqué combien les malades appréciaient l'action de ces produits. Une ordonnance sans fortifiant était d'emblée considérée comme une ordonnance de peu de valeur.

Quant aux somnifères nous nous sommes évertués - en y associant comme nous l'avons dit des tranquillisants ou des neuroleptiques - d'en diminuer au maximum la dose. En particulier, nous n'avons jamais voulu que nos malades absorbent plus d'un comprimé chaque soir de barbiturique à action rapide tel qu'un Imménoctal ou un Nembutal I00, de façon à éviter autant que faire se pouvait toute éventuelle toxicomanie à ces produits.

Mais cette thérapeutique, qui reste possible à l'heure actuelle (tout au plus les produits utilisés pourraient être un peu différents étant donné que la série des antidépresseurs tricycliques s'est enrichie et que les I.M.A.O. sont moins utilisés), a fait apparaître un symptôme qui s'est révélé être d'une extrême fréquence : <u>L'intolérance névrotique aux médicaments</u>.

Il est très rare que les malades prennent régulièrement pendant la durée demandée tous les produits conseillés. En règle : ou ils interrompent le traitement avant la date fixée ; ou ils diminuent d'eux mêmes la dose proposée.

Dans 23 observations, cette intolérance névrotique était même gênante. Dans ces 23 cas, ces malades n'ont jamais accepté un traitement régulier. Ils revenaient, certes, régulièrment voir le médecin. Ils prenaient régulièrement des médicaments. Mais il ne s'agissait pas des médicaments prscrits mais de médicaments qui leur avaient été autrefois conseillés il y a de nombreuses années pour toute autre chose, ou de médicaments qui leur avaient été enseignés par des voisins ou des amis.

Si bien que le traitement médicamenteux des dépressions névrotiques est une chose difficile. Il faut essayer d'apprécier lors de la première consultation la tolérance du malade ou du moins sa possibilité de tolérance. Et il faut en outre utiliser, dans la gamme des produits possibles, ceux qui donnent le moins de troubles secondaires. Lorsqu'il n'y a pas moyen de donner des produits ne donnant pas de tels troubles il faut bien signaler aux malades l'existence de ces troubles et leur rappeler qu'ils n'ont pas de conséquence néfaste.

Malgré tout, cette thérapeutique médicamenteuse s'est révélée inactive dans bon nombre de ces puisque, comme nous l'avons signalé, il a fallu hospitaliser 47 de nos malades ( Sur I50 cas). Parmi ces 47 malades, il a fallu utiliser à 30 reprises les électrochocs. Ceux -ci sont utilisé en milieu uniquement hospitalier, dans des conditions d'hospitalisation relativement agréables et sont toujours pratiqués sous curarisation. Comme le notait déjà le docteur EY, cette thérapeutique de choc est très efficace. Ces 30 malades (toutes des femmes) ont toutes réagi favorablement (soit, le plus souvent avec une guérison clinique apparente, soit moins fréquemment par amélioration simple).

# CONCLUSIONS

La dépression névrotique est une maladie de l'adulte et plus spécialement de la femme mariée ; elle touche toutes les professions et n'entraine d'hospitalisation qu'une fois sur trois.

## I L'ANGOISSE ET LES PHOBIES

### L'angoisse.

L'angoisse, qui amène le plus souvent le malade à consulter est très fréquente ; la cause en est parfois futile mais rend la vie difficile. La douleur laryngée en est une manifestation retrouvée 2 fois sur 3 et souvent accompagnée d'oppression thoracique, faisant parler de "spasme au coeur", ou de douleur épigastrique ; cette angoisse revet quelquefois des formes tout à fait inhabituelles et parfois aberrantes.

### L'agoraphobie et les phobies

Quelquefois l'angoisse se structure et prend une forme phobique. L'agoraphobie en est un signe majeur, elle prend différentes formes et le malade invente des trucs pour faciliter leur déplacements ; mais la vie courante devient une effort permanent. Parmi les autres phobies, ont note les phobies d'impulsion ; la phobie de la mort, des couteaux ; la plus fréquente est la phobie dela folie. Elles inquiétent beaucoup les malades.

## II LA TRISTESSE ET LES SUICIDES

### La tristesse

La tristesse est très fréquente, elle est la deuxième grande cause qui amène à consulter. Elle se traduit par des pleurs, le soir surtout ou pendant l'examen. Les malades emploient le mot "cafard". Cette délectation morose du déprimé névrotique s'accompagne souvent de découragement et d' impuissance même devant les petites choses à effectuer. Elle est reconnue comme pathologique par le malade lui même.

Dégoût du travail

Cette impuissance devant la vie se retrouve une fois sur deux devant le travail à faire. Les femmes ont le dégoût de leurs tâches ménagères et les hommes n'ont plus la disponibilité intellectuelle nécessaire.

Idées de suicide

La conclusion logique de ce dégoût de la vie est l'idée de suicide sous toutes formes, parfois sous l'aspect phobique.

Tentatives de suicide

Plus du quart de ces malades ont fait des tentatives de suicides; mais aucun des I50 depuis six ans n'est mort par suicide. Ce qui peut poser le problème de la "sincérité de ces tentatives". pourtant elles traduisent le désarroi du malades et la gravité de la maladie.

Regrets

Tous ces signes qui rendent la vie pénible font regretter le passé une fois sur cinq ; les regrets sont variés : le mariage, la tentative de suicide, une fois même une malade regrettait chacune de ses nombreuses liaisons et se confessait après chacune d'elle.

## III LE DEPRIME HYPERTIMIQUE DANS LE MONDE

L'hyperémotivité

L'hyperémotivité est retrouvée dans plus de la moitié des cas, elle se manifeste par une sensibilité exagérée des crises de larmes Elle accroit l'agoraphobie et s'accompagne souvent de troubles vaso-moteurs quelquefois de palpitations.

L'indifférence

Par contre l'indifférence est exceptionnelle (3 fois retrouvée) et alterne souvent avec une sensibilité extrême.

L'isolement

L'isolement apparait souvent comme la solution à ces réactions exagérées; il est signalé dans 20 observations, mais il est souvent l'occasion de reproches et de dispute avec l'entourage qui le ressent péniblement.

Les troubles caractériels

Les troubles caractériels constituent un autre signe majeur les colères sont brèves mais explosives, parfois d'une grande violence "Je ne me maîtrise plus "reconnait une malade. Le plus souvent elle sont d'intensité moyenne. Les femmes plus que les hommes deviennent d'un caractère difficile, conservant une hostilité agressive entre les colères. La famille, qui est la victime de choix, se plaint de l'égoïsme de ces malade. Le mari et surtout les enfants étant les plus touchés, ils font attention pendant un certain temps à ne pas contrarier la malade, puis une fatigue réelle s'installe, et parfois le ménage est mis en cause.

Crises de nerfs

Les crises de nerfs sont très fréquentes, et 3 fois sur 4 elles amènent à consulter. Elle est caractérisée par :

- le peu d'importance du facteur déclenchant
- le caractère assez stéréotipé du déroulement de la crise la fréquence des crises est variable, et le malade n'a rien oublié de ce qui s'est passé.

La variabilité de l'état est un signe pratiquement constant.

Efficacité des divertissements

Les malades reconnaissent l'amélioration de leur humeur

sous l'effet d'un divertissement ; mais ce progrès est très passager.

Aggravation par les visites et les divertissements

Parfois l'humeur s'aggrave au contact des amis et surtout des grandes réunions de famille, organisées dans un but thérapeutique.

Hyperesthésie aux bruits

Elle est mentionnée dans plus de la moitié des observations Cette intolérance aux bruits est très élective : les enfants, le mari.

Hyperesthésie à la lumière

Elle se traduit le plus souvent par le port de lunettes à verres teintés.

Modification de la conscience (sentiment de bizarrerie, d'irréalité)

Sous l'effet de la dépression névrotique, il existe des moments passagers où la conscience claire et vigile du malade se modifie. Elle se produisent le plus souvent à l'occasion des crisesde nerfs; et se retrouvent dans le tiers des observations. Cette impression de bizzarerie, d'irréalité, s'accompagne parfois de la conviction que "les gens ont des intentions méchantes".

Idées délirantes

Elles n'existent pas au sens propre du mot; cependant chez 4 de nos malades existe "l'impression qu'on leur en veut".

Jalousie

Signalée 8 fois, cette jalousie excessive et le plus souvent imméritée, est la cause de querelles supplémentaires.

## IV - TROUBLES DE LA SPHERE INTELLECTUELLE

Avec une très grande fréquence les malades se plaignent de troubles intellectuels : difficulté de la concentration, le raisonnement est perturbé, ce qui entraîne une baisse de la qualité du travail.

### Troubles amnésiques

Ils sont au premier plan parmi les difficultés intellectuelles. Ces troubles sont plus subjectifs ; ce sont des distractions ; il y a surtout difficulté de la concentration idéique et du travail intellectuel.

### Tête creuse

Aussi souvent les malades signalent une impression de "tête creuse","de tête lourde", de "tête vidée". Ce qui traduit bien la difficulté à l'effort de réflexion.

## V - SYMPTOMATOLOGIE PSEUDO ORGANIQUE

### Asthénie

L'asthénie est un signe classique retrouvé chez nos 150 malades. Les choses les plus banales de la vie quotidienne deviennent pénibles. Cette asthénie physique et intellectuelle n'est pas améliorée par les toniques et le sommeil, elle est même plus marquée le matin.

### Fatigabilité rapide

Cette fatigabilité physique et intellectuelle oblige à diminuer l'activité, ou même à l'abandonner. Elle est considérée comme normale par le malade.

Les céphalées

Les céphalées se retrouvent 2 fois sur 3, et amènent très souvent à consulter. Ce sont des douleurs avec paroxysmes, des sensations de lourdeur avec gonflement, picottements ; le tout décrit avec pittoresque. Il faut insister sur la fréquence des "céphalées d'attention" .

Anorexie

Retrouvée 1 fois sur 2 ; l'anorexie est globale et capricieuse ; elle s'améliore avec la maladie.

Troubles digestifs

Des troubles digestifs variés accompagnent souvent l'anorexie. Le balonnement épigastrique, la douleur épigastrique amène souvent le malade à demander une série d'examens radiologiques. Ces douleurs accompagnées de nausées et de vomissements font parler de "crises au foie". On note aussi des troubles du transit, un syndrome de type "colite spasmodique" ; tous ces troubles qui retentissent sur l'état général, s'améliorent avec la maladie.

Troubles d'allure cardio-vasculaire

Provoqués par l'angoisse, ces troubles augmentent lors des émotions, et accompagnent les crises de nerfs. Ils sont à type de précordialgies, palpitations, tachycardie.

Douleurs

Les douleurs sont fréquentes, multiples et variées : décrites avec abondance, "j'ai mal aux nerfs" est une expression souvent citée.

Autres signes physiques

Le tremblement est souvent signalé : "je tremble pendant cinq minutes si j'ai une contrariété". Quelquefois associé à lui, on trouve les troubles vaso-moteurs.

Troubles visuels

29 fois mentionnés, il s'agit de brouillard devant les yeux, et d'une gêne à la lecture.

Troubles des règles

Retrouvés une fois sur trois, ce sont surtout des règles douloureuses plus ou moins pénibles. En général, à l'occasion des règles, les signes augmentent d'intensité.

La frigidité est fréquente pendant la maladie

Dans un tiers des cas elle est nette et totale.

Vomissements et "envies" lors des grossesses

Essentiellement d'origine psychologique, les vomissements abondants sont cités 25 fois ; et 9 fois associés à des envies.

La diminution de la puissance sexuelle est retrouvée dans 8 observations sur 11.

Frilosité

1 fois sur 3 les malades se plaignent de frilosité, accompagnée de transpiration exagérée.

Insomnie

C'est un signe majeur qui inquiète les malades ; ils parlent

de difficulté à l'endormissement, de réveil matinal et pénible, haché de rêves. Dans tous les cas ce sommeil n'est jamais réparateur.

Rêves et cauchemars

Les rêves sont abondants et ont un caractère pénible. Ces cauchemars sont souvent un signe tenace.

Somnolence diurne

34 fois retrouvée, la somnolence diurne est 2 fois sur 3 associée à l'insomnie. Souvent elle n'existe que le matin.

Maximum des troubles le matin

L'augmentation de tous les troubles de la dépression chaque matin a été retrouvée 80 fois, soit plus d'une fois sur deux, il se produit 10 fois le soir.

Signes physiques

Le plus souvent la typologie des malades n'a rien de particulier. On note 8 aspects pycniques ; 20 aspects longilignes.

L'appoint toxique

Dans plusieurs cas il est fait usage de l'alcool et du tabac pour améliorer l'humeur et diminuer la fatigue.

## VI - PERSONNALITE ANTERIEURE DES MALADES ET LES ANTECEDENTS

Personnalité antérieure des malades

Il y a une certaine unité dans la présentation des malades présentant une dépression névrotique.

Caractère de type "hystéroïde" ou "hystérique"

La quasi totalité de nos malades donne l'impression d'avoir une personnalité de type hystérique. Ce sont des malades très agréables, d'un contact facile, qui veulent se présenter sous un jour favorable. Ce besoin d'affection, d'approbation traduit un egocentrisme considérable. L'agrément de l'examen est rendu plus facile encore par ces malades toujours habillées avec élégance et avec une certaine recherche, parfois même excessive.

Caractère de type psychasthénique

Chez un tiers de nos malades on peut parler de personnalité "hystéro-psychasténique". En effet aux traits caractériels hystérique, s'ajoute un caractère méticuleux, vérificateur, avec besoin de vérification compulsive.

Niveau intellectuel

Aucun de nos malades n'était un grand arriéré ; ce sont souvent des malades très simples, mais toujours avec un certain niveau intellectuel.

La loquacité est notée une fois sur six, les malades racontent leurs ennuis avec une complaisance remarquable.

Réticence

Cependant dans 7 cas on note une réticence ; mais elle n'est que passagère, et a disparu lors de la deuxième consultation.

Perturbations familiales

Parmi les éléments qui peuvent perturber le développement psychologique d'un sujet, le fragiliser, on peut retenir avec une grande fréquence les perturbations familiales de l'enfance.

A) Désorganisation de la famille avant 5 ans.

Le plus souvent c'est l'absence du père, parfois celle de la mère, qui est douloureusement ressentie, et dont l'enfant se souvient devenu adulte.

B) Désorganisation de la famille entre 5 et 10 ans

On trouve moitié moins de dissociation familiale entre 5 et 10 ans. On peut tirer la conclusion que la dissociation de la famille est d'autant plus pathogène qu'elle se produit alors que l'enfant est plus jeune.

C) Milieu familial perturbé

Ce facteur est retrouvé 2 fois sur 3. Le père boit dans la moitié des cas, il est violent, autoritaire, tout le monde le redoute, il s'entend mal avec sa femme.

La mère est nerveuse, dure, manquant d'affection ; ou au contraire hyperprotectrice ; il n'y a jamais de contact avec elle.

Mari plus jeune, femme plus âgée

Retrouvé seulement 9 fois, nous ne savons pas si notre chiffre a une quelconque signification.

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES PERSONNELS OU FAMILIAUX

32 de nos malades ont présenté des antécédents psychiatriques ; et 64 des antécédents familiaux. Nous n'en tirerons aucune conclusion sur l'hérédité des troubles psychiatriques, mais sur la perturbation que cela peut entraîner dans le milieu familial.

## VII - CAUSES DECLENCHANTES

Les dépressions névrotiques ont souvent, aux yeux des malades, une cause bien précise.

### 1°) La "perpéralité

Retrouvée 1 fois sur 6, on note avec une certaine fréquence des phobies d'impulsion à un acte agressif à l'égard des nourrissons.

### 2°) Autres causes

45 observations invoquent des causes diverses : une maladie, une mort dans la famille, une déception sentimentale. Parfois la cause invoquée est d'importance modérée ; des problèmes de voisinage, un déménagement, une promotion sociale. En résumé, les dépressions névrotiques sont souvent des dépressions réactionnelles, c'est-à-dire secondaires à une cause immédiatement "compréhensible".

## VIII - FORMES CLINIQUES

### 1°) Les dépressions névrotiques moyennes

Ce sont les plus nombreuses, 131, et elles présentent la majorité des signes que nous avons décrits : l'angoisse avec agoraphobie ; la tristesse, le découragement, auxquels s'ajoutent l'hyperémotivité et les crises de nerfs. L'état des malades est variable et s'améliore sous l'influence des visites amicales. Elles s'accompagnent de céphalées, d'asthénie, d'anorexie, de troubles digestifs, palpitations, insomnie.

### 2°) Les dépressions névrotiques à forme hypocondriaque

Rencontrées 19 fois, elles correspondent de façon précise aux anciennes descriptions de la neurasthénie. L'angoisse et ses localisations donnent une symptomatologie pseudo-organique très marquée. L'asthénie domine l'irrétabilité ; les distractions entraînent une exacerbation des troubles ;

les céphalées et les troubles digestifs sont au maximum. Chez ces sujets longilignes on constate souvent une ptose gastrique, et la constipation est très fréquente. Les troubles des règles et la frigidité sont presque constantes, et l'intolérance aux médicaments est au maximum.

3°) Les dépressions névrotiques à forme de névrose d'angoisse

3 cas seulement rencontrés ; l'angoisse résume à peu près toute la symptomatologie, sous forme de brusques bouffées épouvantables, avec persistance de la symptomatologie dépressive entre les crises.

4°) Formes selon l'intensité et selon la symptomatologie

Ce sont des formes pauci-symptomatiques ou monosymptomatiques, où la thérapeutique anti-dépressive a introduit des résultats considérables.

## IX - DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

### A) Mélancolie

Dans la mélancolie la symptomatologie semble moins "profonde", et le malade vit dans la réalité de tous les jours, mais il est très souvent difficile de trancher entre la mélancolie et la dépression névrotique.

### B) Schizophrénie

Aucun de nos 150 malades n'a évolué vers la schizophrénie, mais nous avons éliminé toutes les observations dont l'évolution n'a pas été "franche". Le diagnostique différentiel est difficile dans les schysophrénies à forme dépressive, surtout au début.

### C) Hystérie

En fait il s'agit de la même affection, la dépression névrotique est en quelque sorte la forme moderne de l'hystérie.

D) Affections organiques

Il n'est aucune de ces localisations prédominantes de l'angoisse des déprimés névrotiques qui ne puissent faire discuter un éventuel diagnostic organique.

## X - EVOLUTION

L'évolution est en général favorable, mais ni facile, ni simple. Dans les cas favorables la guérison peut se produire après six mois de traitement. Mais l'insomnie reste souvent rebelle.

Dans les cas défavorables, l'hospitalisation est nécessaire et on obtient de bons résultats.

Dans les cas intermédiaires il faut poursuivre la thérapeutique pendant des années, parfois à des doses très faibles.

Mais ces malades restent fragiles, et réagissent de façon exagérée, toujours dans le sens dépressif.

## XI - TRAITEMENT

Nous avons utilisé des thymoanaleptiques, des tranquilisants et accessoirement d'autres types de médicaments. Il est très rare que les malades prennent régulièrement tous les produits conseillés, et l'ntolérance névrotique aux médicaments est fréquente.

Sur nos 150 malades, 47 ont dû être hospitalisés et 36 ont eu des électrochocs sous curarisation.

## BIBLIOGRAPHIE

- F. AYD

Les dépressions et leur traitement

1 Volume.

- J. AZOULAY

Psychologie de la dépression

Perspectives psychologiques N° 3 21-28 1963

- A. BACHARACH

L'asthénie du déporté

Presse médicale 63,4, 63 1963

- R. BARANDE

Aperçu clinique de la dépression névrotique

Perspective psychiatrique N° 3 13-19 1963

- BARROIS et COLL.

"Etats dépressifs névrotiques avec incidents sommatiques divers. Discussions des corrélations".

Annales médico-psychologiques 1965. 124 (p. 353-61)

- H. BARUK

La psychopathologie de la mélancolie. La mélancolie, maladie de la conscience morale.

Annales médico-psychologiques I 1955

- H. BARUK

Traitement psychopharmacologique et psychotherapique des dépressions, danger des méthodes aveugles.

Société MOREAU de Tours (28-1-1963)

- BASQUIN

Angoisse et névrose d'angoisse

Concours médical N° 36 P 4964-4976 1965 (126-1)

- M. BERGOUIGNAN

Les dépressions symptomatiques

Revue du praticien XII, 25, 3033-3043

- L. BERTAGNA

La dépression mélancolique. Etude clinique et thérapeutique.

Revue du praticien N° 14 1957

- C. BLANC et G.C. LAIRY

Modification de l'E.E.G. au cours des syndromes dépressifs

Revue neurologique Tome 102 - N° 4 p. 371-374

- M.C. BLIBDER

"The pragamatic classification of dépression" (Amer. J. psychiatr.

1966 123 (p. 259-69)

- L. BOURRAT et CH. BOURRAT

Les dépressions mélancoliques et la psychose maniaco-dépressive

Revue du praticien 1963, XII, N° 25, 3011-3019

- DE CAROLIS V. et P. GIBERTI

Contribution à l'étude des dépressions chroniques

4ème Congrès psychiatrique (Tome III, p.1863-1864)

Madrid 1968

- J. CHAVANNE, M. MARTIN, L. DACHARRY

Essai thérapeutique de l'imiprapine dans les bouffées délirantes

Annales médico-psychologiques I 1963

- L. CIOMPI

Manifestations de la dépression dans la vieillesse

Médecine hyg. Tome 27, N° 892 ; p. 1317-1318 1969

- Mc. CONAGHY N. et Coll.

"The indépendance of neurotis and endogenous dépression"

Britt. J. psychiatr. 1967 - 113 - p. 479-84

- Mc. CONAGHY N.
"Neurotis and endogenous dépression"
Britt. J. Psychiatr. 114 - p. 120-121 1968

- Louis CORMON
Compréhension dynamique de la mélancolie et des états dépressifs
Revue de neuropsychiatrie de l'Ouest 4ème année, N° 11, p. 49-70

- L. COURCHET
Symposium sur les états dépressifs, II- Le Suicide : essai d'étude psychanalitique.
Evolution psychiatrique p. 467-484

- H. DANON - BOILEAU et P. LAB
L'inhibition intellectuelle
Presse médicale 71, N° 52, p. 2543-2544 1963

- G. DAUMEZON et DENIS
Notes sur le pronostic des états mélancoliques
Annales pedico-psychologiques I 1954

- J. DELAY
Les dérèglements de l'humour
Paris 1946

- J. DELAY et Coll.
"La nosologie des états dépressifs ; rapports entre l'étiologie et la séméiologie
1 position du problème
L'encéphale (1963) 52, p. 483-96

- J. DELAY et Coll.
Nosologie des états dépressifs. Rapports entre l'étiologie et la séméiologie 2 - résultats du questionnaire de Beck.
Encéphale 1963 - Tome 13, fasc. 6, p. 497-505

- J. DELAY, P. PICHOT, Melles LEMPERIERE et PERSE
Nosologie des états dépressifs ; rapports entre l'étiologie et la sémiologie.
III - Résultats de l'échelle d'appréciation de Wittenborn
Encéphale 1964 - 53, p. 5-18
IV - Résultats du test de niveau d'aspiration Vol. 53, p. 19-34

- P. DENIKER
Traitement des états dépressifs
Revue du praticien - Tome XIII, N° 25, 1963, p. 3063-3069

- J.B. DENIS
Contribution à l'étude des états mélancoliques.
Thèse Paris 1954

- P. DIEL
La culpabilité
Revue philo p. 190-211

- E. ESQUIROL
Des maladies mentales
2 Vol. BAILLIERE Editeur Paris 1838

- E. ESQUIROL
Les états mélancoliques
La France médicale N° 4, p. 5

- H. EY
Mélancolie, étude N° 22
Etudes psychiatriques T. III, p. 117-194
Editeur Desclées de Brouwer, 1954

- H. EY
Les psychoses périodiques maniaco-dépressives.
Etudes psychiatriques - Etudes N° 25 - Tome III, p. 429-517 1954

- H. EY

Contribution à l'étude des relations des crises de mélancolie et des crises de dépression névrotique.
Evolution psychiatrique 1955, Fasc. III, p. 532-588

- H. FLAVIGNY et H. STORK

La relation thérapeutique dans les états dépressifs de l'adolescent
Pedo-psychiatrie - 1 Vol., 108 pages 1967

- H. FLAVIGNY et H. STORK 1968

Aspect sémiologique des états dépressifs
Le progrès médical N° 6, p. 129-132

- S. FOLLIN

Sémiologie des états dépressifs
Revue du praticien
Tome XIII, N° 25, 2987-2998, 1963

- FOUKS, LAINE, LARGEAU

Etude psychopathologique d'un cas de mélancolie avec syndrome de dépersonnalisation
Congrès aliéniste Liège 1955

- A. CAMBS, R. POUGET, R. MARINIER, M. HOUIN, J. AUGER

Etats dépressifs symptomatiques d'affections somatiques
Annales médico-psychologiques I

- B. GRUNBERGER

Etude sur la dépression
Revue française de psychanalyse
Tome 29, N° 2, 3, p. 163-190

- A. GUERARD DES LAURIERS, F. COSTE et L. BERTAGNA

Etats dépressifs et syndromes douloureux prolongés
Presse médicale N° 39 1963

- M. GUIBERT

Mélancolie juvénile et maladie de Recklinghausen
Revue neuro-psychiatrique de l'Ouest
1ère année, N° 4, p. 57-69

- J. GUYOTAT et R. GENTIS

Syndrôme dépressif de l'âge moyen chez la femme. Etude clinique, étiopathogénique, évolutive, Thérapeutique
Journal de Lyon
36, 847, 289-298 1955

- R. HELD

Dépressions à expressions somatiques
Revue du praticien
1963, T. XIII, N° 25, 3001-3008

- P. KERNEUZET

Contribution à l'étude des états dépressifs au cours des délires chroniques
Thèse Bordeaux

- P. KIEL

Clinique, diagnostic différentiel et traitement des états dépressifs
Acta psychosomatica, N° 1, Documenta Geigy
Bâle 1959

- L.G. KILOH et Coll.

"The independance of neurotic depression and endogenous depression".
(Int. J. PSYCHIATR.)

- C. KOHLER et F. BERNARD

Les états dépressifs chez l'enfant
Bruxelles, Dessart ; 1 Vol., 120 pages.

- J. LABOUCARIE, A. RASCOL

Les mélancolies atypiques et l'unité des états dépressifs

4ème Congrès psychiatrique Madrid, Tome III, p. 1879-1881 1968

- J. LABOUCARIE 1961

Aspect sémiologique et signification psychopathologique à propos des mélancolies atypiques

Société de neurol. et de psychiatrie de Toulouse et du S.O. (2-XII-61)

- P. LAMBERT

Les états dépressifs

Synthèse clinique N° 13 et 14 - 1960

Supplément des monographies médicales et scientifiques

- A. DES LAURIERS

Le risque de suicide chez les déprimés

Revue du praticien, 1963, T. XIII, N° 25, 3055-3060

- T. LEMPERIERE

Les dépressions psychogènes

Dépressions réactionnelles, dépressions d'épuisement

Dépressions névrotiques revue du praticien, 1963, T. XIII, N° 25, p. 3021-3031

- Melles Th. LEMPERIERE et A. DES LAURIERS

Le risque de suicide dans les psychoses

Revue du praticien

T. XII, N° 31, décembre 1962

- J. MALLET

La dépression névrotique

Evolution psychiatrique

1955 Fascicule III, 485-502

- R. MALLET

Contribution à l'étude des séquelles de la déportation. Le syndrome asthénique.
Thèse Toulouse

- L. MICHAUX

Les douleurs physiques des psychopathes
L'hôpital 43ème année, N° 644 bis, p. 191-193 1955

- G.A. MANCEAUX, J.M. SUTTER et Y. PELICIER

Les états mélancoliques chez l'indigène nord-africain, à propos de 100 nouvelles observations.
Congrès aliéniste Liège 1955

- P. MARCHAIS

Essai d'approche clinique des états dépressifs névrotiques, leurs indications chimiothérapiques actuelles.
Société MOREAU de Tours 16-XII-62

- P. le MOAL

"Les enfants déprimés"
Vie médicale 43-44 (Noël 1962)

- NEUSTATTER

Etats dépressifs et criminalité : IVème Congrès acad. international de médecine légale et de médecine sociale (P. M. 64, 6, 118)

- J. GULTS et R. SOUBRIER

Mélancolie conjugale
Annales médico-psychologique II

- P. PICHOT

"Les aspects symptomatiques des états dépressifs"
(Schweiz arch. neurol. psychiatr. 1964, p. 392-410)

- P. PICHOT et T. LEMPERIERE
Analyse factorielle d'un questionnaire d'auto évaluation des symptômes dépressifs
Revue de psychologie appliquée, vol. 14, Fasc. I, p. 15-30

- P. PICHOT, J. PIRET et D. CLYDE
Analyse de la symptomatologie dépressive subjective
Revue de psychologie appliquée, Vol. 16, N° 2, p. 105-115

- J.D. POLLITT
3 suggestions for a physiological classification of depression"
(Brit. J. psychiatrique 1965, Vol. III, p. 489-95)

- J. PRICE
"Neurotic and endogenous depression : a phylogenetic view"
Brit. J. Psychiatr. 1968 114 ; p. 119-120

- A. QUETIN
Chimiothérapie des dépressions ; perspective psychiatrique
N° 3, 29-36

- P. REBUFAT
Conduite à tenir devant un état dépressif
Revue du praticien
1963, XIII, 25, 3045-3052

- J.M. RIVIERE
Statistique sur 74 cas de manie et de mélancolie. Contribution à l'étude de la folie maniaque dépressive.
Thèse Bordeaux, 1908

- J.J. RONDEPIERRE
Psychose dépressive chez les gens âgés
Revue du praticien 1963 - XIII - 25, 3045-3052

- R. ROPERT

Clinique des psychoses dépressives
Perspectives psych.
N° 3, 9-12 1963

- J. ROUART

Symposium sur les états dépressifs, I dépression et problème de psychopathologie générale.
Evolution psychiatrique
N° 3, p. 459-466

- M. SCHACHTER

Evolution et transfformation utilitaire d'une névrose dépressive et suicidaire
Acta psychothérapeutica III, 3 1955

- P. SCHERRER

Les dépressions
Concours médical
85ème année, N° 50, p. 6832-41 1963

- J.P. SCHNETZBER et NANTERHIOZ

Etude clinique des états dépressifs survenant au cours des psychoses délirantes aiguës (517 cas)
Annales médico-psychologiques, Tome I, N° 2, p. 235-248

- J. SIGWALD et C. COLASSE

La pratique du traitement des dépressions névrotiques
Vie médicale 43, 85 (N° spécial Noël 62)

- B. VIDAL et G. VIDAL

Etats dépressifs après deuil
A.M.P. Tome I, p. 699-718